Rok XXXIV. Kraków 13. Lipca 1895 r. Nr. 28.

Redakcya:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracya:
Zakład fizyologiczny,
Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują w Krakowie Administracya, a w Paryżu p. Adam 81, rue des Saints Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości $1\frac{1}{2}$ do 2 arkuszy.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w **Krakowie**, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w **Warszawie** księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w **Paryżu** p. Adam 81, rue des Saints Pères, w Nowym Jorku Dr. Bronisław Grabowiec 137. Clinton and 180, Broome Streets.

Rękopisy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	$1\frac{1}{2}$ „	$3\frac{1}{2}$ „	6 „

I. Z zakładu patologii ogólnej i doświadczalnej Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie.

Badania doświadczalne nad powstawaniem urobiliny.

Wykład na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego dnia 17. Kwietnia 1895.

przez

Prof. Dra A. Becka.

W roku 1867. odkrył Jaffe przypadkowo w moczu barwik, któremu nadał nazwę urobiliny. Ciało to barwy brunatnej, w roztworze czerwono-żółte okazuje właściwe spektrum absorpcyjne, mianowicie smugę w części zielonej widma a z chlorkiem cynku i amoniakiem żywą fluorescencyę. Barwik ten obudził żywe zajęcie nie tak u fizyologów, jak raczej u patologów i klinników, albowiem jakkolwiek występuje już w prawidłowym moczu, to jednakże ilość jego zwiększa się w stanach patologicznych, szczególnie połączonych z gorączką albo zastojem ogólnym. To też od początku zwrócono szczególną uwagę na pochodzenie i miejsce powstawania urobiliny w ustroju. Pierwszy Maly wykazał, że barwik ten jest pochodnym bilirubiny i powstaje z niej przez odtlenienie; mianowicie, jeżeli bilirubinę podda się działaniu silnych środków redukcyjnych, jak n. p. amalgamu sodu, to powstaje barwik zupełnie identyczny z bilirubiną, barwik, który Maly nazwał hidrobilirubiną. Maly też odrazu zwrócił uwagę, że w ustroju posiadamy ognisko, gdzie taka redukcya się odbywa. Jest niem światło jelit a zwłaszcza jelita grubego, gdzie pod wpływem bakteryj odbywają się żywe sprawy gnicia, wskutek których wytwarza się wodór *in statu nascenti* a wobec tak silnego środka odtleniającego barwiki żółci zamieniają się na hidrobilirubinę. Zgodnie z tem wykazali Masius i Vanlaire, że w kale nie znajdują się barwiki żółci, lecz inny barwik, który oni nazwali sterkobiliną a który okazuje wszystkie cechy urobiliny.

Teorya powstawania urobiliny w jelitach *(urobilinuria enterogenes)* znalazła wielu zwolenników, szczególnie w Niemczech, którzy zapatrywanie powyższe poparli nadto innemi spostrzeżeniami: U noworodków w pierwszych dniach życia nie spotykamy urobiliny w moczu a zjawia się ona w nim dopiero trzeciego dnia, to jest wtedy, kiedy bakterye gnilne dostały się już do przewodu pokarmowego i rozpoczęły tu swoje działanie. Rosenbach wykazał, że gdy treść jelita cienkiego lub kał oddany po środkach przeczyszczających nie zawiera urobiliny, lecz tylko barwiki żółci, to w kale prawidłowym a więc w treści jelita grubego znajduje się urobilina a nie ma śladu barwików żółci. Dalej jeżeli przewód żółciowy główny zostanie wskutek jakiejkolwiek sprawy chorobowej zamknięty, to urobilina znika szybko z moczu a Muller przekonał się w jednem doświadczeniu u człowieka z zamkniętym przewodem żółciowym, że po podaniu żółci *per os* urobilina wystąpiła w moczu.

Spostrzeżenia powyższe nie zdołały jednak przekonać francuskich badaczy, którzy utrzymują, że źródłem urobiliny ustroju nie są jelita, lecz wątroba *(urobilinuria hepatogenes)*.

Opierają się oni głównie na spostrzeżeniu, że już w żółci prawidłowej, zebranej z pęcherzyka żółciowego znajduje się urobilina, jakoteż na obserwacyi przypadków chorobowych, w których występuje za życia urobilinurya a przy sekcyi nie znajduje się żadnych zmian w ustroju prócz degeneracyi komórek wątrobowych. Na tej podstawie przyjmują, że każda urobilinurya jest wyrazem zmian w komórkach wątrobianych, które nie wytwarzają prawidłowych barwików żółci, lecz urobilinę. Stan ten wątroby nazywają *insuffisance hépatique*.

Trzecia teorya przyjmuje za źródło urobiliny barwik krwi *(urobilinuria haematogenes)* a to na podstawie spostrzeżeń, że po krwotokach wewnętrznych w miarę, jak krew ulega wessaniu, występuje urobilina w moczu.

Do powstania tej teoryi dały pochop badania Hoppe-Seylera, któremu udało się z hematyny przez energiczną redukcyę otrzymać urobilinę.

Występowanie w niektórych przypadkach żółtaczki urobiliny w moczu, przy zupełnym braku w nim barwików żółciowych skłoniło znowu niektórych autorów do wypowiedzenia teoryi powstawania urobiliny w tkankach z bilirubiny dzięki redukcyjnym własnościom komórek tkankowych *(urobilinuria histogenes)*.

W końcu istnieje i piąta teorya powstawania urobiliny a wypowiedział ją po raz pierwszy Leube na podstawie kilku spostrzeżeń u chorych na żółtaczkę, u których w moczu występowała urobilina, której nie było w pocie. Wychodząc z założenia, że skoro urobiliny nie ma w pocie, nie ma jej także we krwi a skoro przecież występuje w moczu, musi powstawać w drodze pomiędzy krwią a tą wydaliną, t. j. w nerkach, przyjmował, że nerki są miejscem, w którem bilirubina ulega odtlenieniu w urobilinę *(urobilinuria nephrogenes)*. Teorya ta jednak upada wobec zgodnych spostrzeżeń innych autorów, którzy badając surowicę krwi i różne przesączyny w workach surowiczych, znajdowali w nich urobilinę.

Jak z tego widać, na brak teoryi uskarżać się nie można a już to samo wskazuje, że sprawa jest bardzo zawiłą. Z tego powodu każdy nowy fakt, każde nowe spostrzeżenie, które nasze zapatrywanie jest w stanie wzmocnić, nabiera znaczenia. A kilkoma takiemi nowemi spostrzeżeniami pragnę podzielić się z czytelnikami.

Badania, które wykonałem za poradą profesora Gluzińskiego, miały przedewszystkiem na celu przekonać się, czy pod wpływem bakteryj w przewodzie pokarmowym rzeczywiście mogą prawidłowe barwiki żółci ulegać redukcyi i czy powstała ztąd hidrobilirubina jest identyczna z urobiliną. W tym celu zbierałem żółć różnych zwierząt, jak wołu, świni, kota, psa do sterylizowanych rurek odczynnikowych i po dodaniu również sterylizowanego bulionu szczepiłem różnemi bakteryami, jak bakterye gnilne, *bacterium coli commune, typhi abdominalis, cholerae, staphylococcus pyogenes aureus.* Ponieważ jednak już świeża żółć zawiera nieco urobiliny, przeto trzeba było przeprowadzać badania ilościowe urobiliny przed działaniem i po działaniu bakteryj. W tym celu użyłem spektrofotometru Glana w zakładzie fizyologicznym. Doświadczenia te wykazały, że pod wpływem prawie wszystkich bakteryj wytwarza się z barwików żółci barwik okazujący wszystkie cechy urobiliny, jednakże w największej ilości pod wpływem bakteryj gnilnych: nie więcej, jak w dobę po wstawieniu rurek do termostatu prawie cała bilirubina zamieniła się na hidrobilirubinę. Oczywiście, że jeżeli przy sztucznej hodowli wskutek rozwoju bakteryj gnilnych urobilina się wytwarza nawet wobec przystępu powietrza, to wytwarzanie to musi się energiczniej odbywać w jelicie, gdzie tlenu nie ma, gdzie tlen czerpać muszą bakterye z otaczających je substancyj, gdzie więc sprawa redukcyi musi być o wiele żywsza.

Nie ulega przeto wątpliwości, że w jelitach pod wpływem rozwoju bakteryj gnilnych powstaje hidrobilirubina; kwestya tylko, czy jest ona identyczna z tą urobiliną, którą znajdujemy w moczu, pod tym względem bowiem podnoszono pewne zarzuty. I tak Mac Munn i inni nie uważają sterkobiliny i hidrobilirubiny za identyczną z urobiliną moczu a jako główną różnicę pomiędzy niemi podają to, że urobilina okazuje jedną tylko smugę w części zielonej widma, gdy hidrobilirubina i sterkobilina oprócz tej smugi okazują jeszcze jedne, dwie lub trzy smugi w części czerwono żółtej, występujące szczególnie po dodaniu $ZnCl_2$ i NH_3; prócz tego wskazują autorowie ci na pewne różnice we fluorescencyi po dodaniu chlorku cynku i amoniaku.

Jednakże doświadczenia na psie z przetoką żółciową, które wkrótce przedstawię, przekonały mnie, że w pewnych okolicznościach w żółci psa znaleść można barwik różowy, sam przez się dający fluorescencyę, którego widmo okazuje jedną lub dwie smugi w części czerwono żółtej, odpowiadające położeniem swem smugom dodatkowym, opisanym przez Mac Munna i innych. Ponieważ barwik ten rozpuszcza się we wszystkich tych środowiskach, co urobilina, przeto, jeżeli się gdzieś znajduje obok urobiliny, oddzielić tych dwóch barwików od siebie nie można i dlatego wtedy mamy wrażenie, jak gdybyśmy mieli do czynienia z jednem ciałem. Tymczasem jeżeli raz znajdujemy w żółci smugę urobilinową, innym razem smugi w części czerwonej widma a wreszcie innym razem oba widma razem, mamy prawo przyjąć, że mamy przed sobą dwa barwiki. To też przypuścić należy, że angielscy autorowie mieli do czynienia właśnie z tą mięszaniną.

(Dokończenie nastąpi).

II. Z oddziału położniczo-ginekologicznego szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Sectio caesarea post mortem. Płody żywe.

Podał

Dr. Franciszek Kośmiński,

sekundaryusz oddziału.

Już w wiekach starożytnych nakazywało ustawodawstwo w czasie, jak można najkrótszym po stwierdzeniu śmierci osoby będącej w końcu ciąży wykonać cięcie cesarskie. Z tego należy wnosić, iż już w owych czasach wiedziano, że można po śmierci matki niekiedy wydobyć płód żywy i że równocześnie ze śmiercią matki nie zawsze następuje śmierć płodu.

Jeżeli śmierć matki szybko nastąpi bez poprzedniego schorzenia organizmu, to należy się spodziewać, iż prędzej uda się za pomocą cięcia cesarskiego płód uratować, aniżeli wtedy, gdy śmierć matki nastąpiła powoli. W każdym razie należy przystąpić do wykonania zabiegu jak najrychlej i nie później, jak w 10—15 minut po stwierdzeniu śmierci matki. Przeważna liczba opisanych rękoczynów, pomyślnym uwieńczonych wynikiem, wykonaną była w 5—10 minut po śmierci matki. Do bardzo już rzadkich należy zaliczyć przypadek Pinglera *(Monatschrift.* Tom XXXV.) wydobycia płodu w 23 minut po śmierci matki; Winckel *(Berichte und Studien aus dem Entbindungsinstitute in Dresden.* Tom II. 1876) przypuszcza nawet, że wszystkie doniesienia o wydobyciu płodu żywego w pół godziny lub później po śmierci matki są nieprawdziwe.

Z powodu niezbyt zachęcających wyników cięcia cesarskiego po śmierci matki, zalecają niektórzy autorowie wykonywać zabieg ten już podczas agonii i to w razie potrzeby nawet w uśpieniu chloroformem lub eterem; inni wreszcie wprost zarzucają to postępowanie i radzą nie wykonywać wcale cięcia cesarskiego po śmierci matki, jako rękoczynu nie przynoszącego korzyści a bądź co bądź nie obojętnego dla otoczenia, zwłaszcza dla bliskiej rodziny zmarłej. Rzeczywiście daty statystyczne tego zabiegu wykazują wcale nie świetne wyniki a, co więcej, różni autorowie do bardzo różnych doszli wyników i tak, gdy jedni obliczają i podają liczbę żywo wydobytych płodów zaledwie na 1%, to inni na 11%; różnice więc w obliczeniach są bardzo wielkie a pochodzą, jak się zdaje, prawdopodobnie z przyczyny nie jednostajnego materyału statystycznego (zakłady publiczne i praktyka prywatna).

Z powodu zatem, że wydobycie płodu żywego wydarza się bardzo rzadko, a następnie na poparcie, że po śmierci matki powinno się robić cięcie cesarskie i nie należy tego postępowania zarzucać, ośmielam się podać poniżej 2 przypadki cięcia cesarskiego po śmierci matki, wykonane w ostatnich latach w oddziale położniczym, oba z wynikiem pomyślnym dla płodu.

Przypadek pierwszy Nr. prot. położnic 301. z r. 1890. M. G., lat 30, religii rz. kat., wolna, służąca z Krakowa, przyjęta została do szpitala w dniu 27. Sierpnia przed południem w stanie na pół przytomnym. Badanie wykazało ciążę pierwszą, miesiąc księżycowy IX. skończony, położenie płodu czaszkowe II. ustalone, tętno płodu dobrze słyszalne; czynność porodowa rozpoczęta, część pochwowa niezupełnie jeszcze zanikła, ujście zewnętrzne na koniec palca. Na twarzy znaczna sinica, bezdech, w płucach liczne drobne rzężenia. Wymiar poprzeczny serca powiększony, nad koniuszkiem serca dwa szmery, rozkurczowy wyraźniejszy, tętno regularne, szybkie, dość dobrze napięte. Kończyny dolne bardzo znacznie obrzękłe, w moczu sporo białka. Z powodu groźnego stanu chorej założono do jamy macicy świeczkę w celu przyspieszenia porodu; w godzinę później wystąpiły bóle silniejsze, w cztery godziny po założeniu świeczki część pochwowa zanikła zupełnie, ujście zewnętrzne było rozwarte na cent. Po południu stan chorej pogorszył się znacznie; o godzinie 6-tej wieczór chora umarła nagle. W 10 minut po śmierci wykonano cięcie cesarskie i wydobyto płód płci męzkiej niedonoszony, mocno omdlały, który po 15 minutach docucono.

Sekcya wykazała: *Ruptura circularis partis ascendentis aortae subsequente haemopericardio insigni, processus atheromatosus trunci et valcularum semilunarium aortae, hypertrophia excentrica cordis sinistri, enteritis acuta, ulcera tuberculosa coeci, anasarca extremitatum inferiorum, sectio caesarea lege artis facta.*

Syn Ludwik oddany został po pewnym czasie z oddziału na wychowanie.

Przypadek drugi Nr. prot. położnic 110. z roku 1893. M S., lat 32, religii rz. kat., wolna, służąca z Podgórza, przyjęta została do oddziału w dniu 7. Kwietnia. Osoba ta podała, że od dłuższego czasu cierpi na bicie serca i duszność i że objawy te wzmogły się w ostatnich miesiącach ciąży. Obecnie jest w ciąży po raz drugi; pierwszy raz rodziła na czasie przed trzema przeszło laty, sama, bez pomocy.

Badanie wykazało budowę dobrą, odżywienie dość dobre, ciepłotę ciała nie podwyższoną, tętno 86, dobrze napięte; fala tętna opada szybko. Stłumienie serca na większym obszarze; szczególniej powiększonym jest wymiar poprzeczny. Uderzenie koniuszkowe serca na zewnątrz sutka, silne, oporne. Nad koniuszkiem słychać dwa szmery, drugi niewyraźny; nad mostkiem również dwa szmery, jednak mniej wybitne. W płucach rozległy nieżyt oskrzeli drobnych. Brzuch wysklepiony znacznie przez macicę sięgającą na dwa palce poniżej wyrostka mieczykowatego mostka, dnem ku przodowi pochyloną. Położenie płodu czaszkowe pierwsze, tętno płodu dobrze słyszalne. Kończyny dolne nieco obrzękłe. W moczu ślad białka. Stan ten utrzymywał się przez czas dłuższy bez zmiany; dopiero 25. Kwietnia w nocy wystąpiła znaczna duszność, sinica, tętno 104, nieregularne. Polecono natychmiast *tinctura strophanti*, wino, herbatę z rumem i podano *infusum foliorum digitalis purp.*; z powodu zaś obfitych rzężeń w oskrzelach postawiono bańki suche. Chwilowo poprawił się stan ogólny chorej; jednak już po kilku godzinach wystąpiła arytmia serca większa, tętno 150, sinica bardzo znaczna, duszność wielka, skóra chłodna, wilgotna, chora na pół przytomna. Badanie przez pochwę wykazało część pochwową utrzymaną, szyjkę ku górze zwężającą się; czynność porodowa zatem nie rozpoczęła się. Ponieważ stan chorej kazał na pewne rokować źle i spodziewać niepomyślnego końca w kilku godzinach, przeto nie próbowano nawet wzniecić porodu, sądząc, iż rychlej nastąpi śmierć, aniżeliby rozpoczęła się czynność porodowa. Osłuchując okolicę serca, słychać było pomimo mnóstwa rzężeń w płucach bardzo wybitne szmery ostre, trące, dobrze słyszalne, które różniły się swą mocą znacznie od szmerów na kilka dni przedtem słyszalnych. Pomimo energicznego stosowania różnych środków podniecających serce chora umarła wśród objawów niedomogi serca i obrzęku płuc o godzinie 8 mej rano. W 5 minut po stwierdzeniu śmierci matki wykonałem cięcie cesarskie i wydobyłem płód omdlały, nie dający prawie znaków życia, który po pół godziny docuciłem. Płód płci męzkiej donoszony, ciężar ciała 3100 grm., długość 50 cm. Sekcya wykazała: *Endocarditis verrucosa ostii venosi et arteriosi sinistri, stenosis ostii venosi sinistri. Hypertrophia cordis sinistri, lipomatosis cordis dextri. Oedema pulmonum. Sectio caesarea lege artis facta.*

Syn Stanisław, zupełnie zdrowy, oddany został z oddziału po trzech tygodniach na wychowanie.

Zamiast cięcia cesarskiego zalecają niektórzy autorowie wykonywać *accouchement forcé post mortem*, albo też jeszcze podczas konania. Wykonanie tego zabiegu jest proste; jedną ręką uciska się z zewnątrz i spycha ku dołowi macicę i w ten sposób stara się ją unieruchomić, następnie wprowadza się powoli najpierw jeden, potem drugi, trzeci i t. d. palec ręki drugiej do szyjki macicy i rozszerza się ją. Oczywiście zabieg ten łatwiej da się wykonać u wieloródek, aniżeli u osób po raz pierwszy w ciąży będących. W ten sposób postępując można w przeciągu 15 minut do pół godziny wydobyć płód, czy to za pomocą obrotu na nóżki, czy też przez pociąganie główki kleszczami. W razie potrzeby przy niepodatności ujścia i szyjki można wykonać głębokie nacięcia szyjki macicy.

Na pytanie, które postępowanie lepsze, odpowiedzieć trudno, zależy to bowiem w każdym przypadku z osobna od towarzyszących okoliczności. Mojem zdaniem jednak chcąc zabieg wykonać podczas konania, bezpieczniej jest zrobić *accouchement forcé*, w danym nawet przypadku, równie jak cięcie cesarskie w uśpieniu chloroformem lub eterem; znane są bowiem przypadki, że za umarłe uznane kobiety podczas cięcia cesarskiego ożyły na nowo, w poszczególnych zaś przypadkach zarzucano, iż śmierć nastąpiła dopiero w skutek wykonania cięcia cesarskiego a nawet z tego powodu oskarżano lekarzy przed sądem. Jeżeli więc tak trudno jest stwierdzić stanowczo chwilę śmierci, tem trudniej z wszelką pewnością rozpoznać agonię.

Przeciwnie znane są przypadki, w których po wydobyciu płodu przez *accouchement forcé* stan matek znajdują-

cych się w agonii podczas zabiegu poprawiał się znakomicie; osoby takie nawet zdrowiały a tyczy się to przedewszystkiem osób cierpiących na wady serca. Przystępując do zabiegu po stwierdzeniu niewątpliwem śmierci, należy zrobić cięcie cesarskie a to dlatego, ponieważ zabieg ten daje się wykonać bardzo szybko, bo w przeciągu dwu do trzech minut, *accouchement forcé* zaś wymaga znacznie dłuższego czasu, co najmniej 15—20 minut a więc czasu wystarczającego do obumarcia płodu w łonie zmarłej matki, skutkiem czego niewątpliwie wyniki tego postępowania byłyby dla płodu bez porównania jeszcze gorsze, aniżeli to obecnie podają dla cięcia cesarskiego po śmierci.

III. Z zakładu higienicznego prof. O. Bujwida w Krakowie.

O niektórych nowych szczegółach z biologii dyplokoków Neissera.

Napisał

Dr. Władysław Reiss,

asystent kliniki dermatologicznej Uniw. Jagiell.

(Dokończenie. Patrz Nr. 27).

Wyniki, jakie w ten sposób postępując otrzymałem i niejednokrotnie stwierdziłem, doprowadzają do pozytywnych niemal wniosków. Oto kilka tablic, jako przykład:

	Pokolenie	Wzrost		
		po 12 godz.	po 24 godz.	po 36 godz.
Sublimat 1 : 10,000	pierwsze	rośnie prawidłowo	rośnie prawidłowo	nieco form degener.
	drugie	rośnie prawidłowo	rośnie prawidłowo	degeneracya b. nieznaczna
	trzecie	rośnie prawidłowo	rośnie prawidłowo	degeneracya b. nieznaczna
Sublimat 1 : 1000	pierwsze	liczne formy degeneracyjne	gdzieniegdzie tylko prawidłowo zabarw. gonokok	nie rośnie
	drugie	wzrost ledwie widoczny. Mało form degener.	nie rośnie. Degeneracya nieznaczna	tu i owdzie prawidłowe zabarwienie
	trzecie	wzrost ledwie widoczny. Mało form degener.	rośnie nieznacznie	nie rośnie
Sublimat 1 : 500	pierwsze	nie rośnie	nie rośnie	nie rośnie
	drugie	nie rośnie	nie rośnie	nie rośnie
	trzecie	nie rośnie	nie rośnie	nie rośnie
Argent. nitr. 1 : 2000	pierwsze	prawidłowy	prawidłowy	rośnie bardzo powoli
	drugie	prawidłowy	prawidłowy	prawidłowy
	trzecie	prawidłowy	prawidłowy	prawidłowy

	Pokolenie	Wzrost		
		po 12 godz.	po 24 godz.	po 36 godz.
Argent. nitr. 1 : 1000	pierwsze	prawidłowy	mały	ledwo spostrzegalny
	drugie	prawidłowy	prawidłowy	mały
	trzecie	prawidłowy	prawidłowy	widoczny
Argent. nitr. 1 : 100	pierwsze	mały	nie rośnie	nie rośnie
	drugie	mały	spostrzegalny	nie rośnie
	trzecie	mały	spostrzegalny	nie rośnie
Acid. carbol. 1 : 10,000	pierwsze	prawidłowy	nieznacznie zmniejszony	ledwo widoczny
	drugie	prawidłowy	prawidłowy	ledwo widoczny
	trzecie	prawidłowy	prawidłowy	widoczny
Acid. carbol. 1 : 1000	pierwsze	ledwie widoczny	spostrzegalny	nie rośnie
	drugie	widoczny, liczne formy degener.	widoczny	spostrzegalny
	trzecie	prawidłowy	słaby	nie rośnie
Acid. carbol. 1 : 500	pierwsze	słaby	nie rośnie	nie rośnie
	drugie	widoczny, liczne formy degener.	zaledwo spostrzegalny	nie rośnie
	trzecie	widoczny	słaby	nie rośnie
Resorcin. 1 : 500	pierwsze	prawidłowy	prawidłowy	słaby
	drugie	prawidłowy	prawidłowy	prawidłowy
	trzecie	prawidłowy	prawidłowy	prawidłowy
Resorcin. 1 : 100	pierwsze	prawidłowy	prawidłowy	bardzo słaby
	drugie	prawidłowy	prawidłowy	prawidłowy
	trzecie	prawidłowy	prawidłowy	prawidłowy
Resorcin. 1 : 50	pierwsze	zmniejszony	bardzo słaby	nie rośnie
	drugie	zmniejszony	słaby	bardzo słaby
	trzecie	zmniejszony	nieznaczny	słaby
Zinc. sulf. 1 : 500	pierwsze	prawidłowy	prawidłowy	prawidłowy
	drugie	prawidłowy	prawidłowy	prawidłowy
	trzecie	prawidłowy	prawidłowy	prawidłowy

	Pokolenie	Wzrost		
		po 12 godz.	po 24 godz.	po 36 godz.
Zinc. sulf. 1 : 100	pierwsze	prawidłowy	nieco zmniejszony	słaby
	drugie	prawidłowy	prawidłowy	słaby
	trzecie	prawidłowy	prawidłowy	słaby
Zinc. sulf. 1 : 50	pierwsze	zmniejszony	słaby	nie rośnie
	drugie	nieco zmniejszony	zmniejszony	słaby
	trzecie	słaby	słaby	słaby

Doświadczenia podobne robiłem z dosyć licznym szeregiem ciał tak często w wiewiórze używanych, jak z *kalium hypermanganicum, zincum sulfocarbolicum, thallinum sulfuricum, cuprum sulfuricum* i t. d. Wyniki otrzymywałem każdym razem mniej więcej te same, świadczące dowodnie o tem, że hodowle gonokoków na jakąkolwiek pożywkę przeszczepiane przyswajają się z biegiem czasu coraz to więcej do nowej gleby i okazują zarazem coraz to większą odporność wobec działających na nie połączeń chemicznych, jeżeli działamy jednym i tym samym środkiem na kilka pokoleń z rzędu jednej i tej samej hodowli macierzystej, nie powiększając koncentracyi roztworów. Chcąc zatem wywołać coraz to słabszy rozwój dalszych pokoleń, potrzeba bezwarunkowo używać coraz to silniejszych roztworów. Inaczej się rzecz ma jeżeli zmieniamy środki, poddając hodowle działaniu kolejno coraz to innych połączeń; doświadczenia w tym względzie wykazują, że odporność hodowli staje się wtedy coraz słabszą, mimo że zwiększa się koncentracyę używanych roztworów.

Wyniki pracy niniejszej, jakkolwiek niezupełnie wyczerpującej obrany temat, rzucają jednak pewne światło na wskazanie lecznicze w ostrym wiewiórze a rzeczą klinika byłoby sprawdzić, o ile wnioski te znajdują zastosowanie w praktyce.

Doświadczenia powyższe poprzećby należało przeszczepieniami hodowli na cewkę ludzką, ale z powodu braku odpowiedniego materyału nie zdołano tego przeprowadzić. Szczepienia na psach dawały zawsze wyniki ujemne tak na błonie śluzowej cewki, jak i na spojówce oka.

W końcu uważam sobie za miły obowiązek złożyć Sz. prof. Bujwidowi za jego życzliwe i cenne uwagi serdeczne podziękowanie.

IV. O drżeniu oczu (*nystagmus*).

Napisał

Dr. Adam Langie,

I. asystent kliniki okulistycznej Uniw. Jagiellońskiego.

(Dokończenie. Patrz Nr. 27).

Z tego, co dotychczas powiedziałem, zdaje się, wynika, że najważniejszym czynnikiem w etyologii drżenia ócz górników jest znużenie mięśniowe, kiedy samo już bez światła lamp bezpieczeństwa, bez gazów trujących jest w stanie je wywołać.

Ponieważ więc teoryi tej hołduje spory zastęp poważnych autorów, przeto w nowszych podręcznikach znachodzimy przeważnie tylko to tłómaczenie drżenia ócz górniczego (Fuchs, Fick i inni). I tak jednak są autorowie, którzy, jak wyżej wspomniałem, dopatrują się prawdy w pośrodku, n. p. Bell lub Pristley-Smith.

Dla zaokrąglenia przedmiotu wspomnę jeszcze w krótkości o innych teoryach, mianowicie Oglesbyego, Jeaffersona, Kugla i Wilbranda.

Pierwszy na podstawie, iż w niektórych przypadkach wytworzyła się później epilepsya, przypisuje powstanie drżenia ócz u górników zmianom organicznym w mózgu, wywołanym przez zastój żylny i utrudnienie dopływu krwi do ośrodków ruchowych.

Jeafferson uważa ten *nystagmus* nie za samoistne cierpienie, lecz za objaw ogólnej choroby układu nerwowego, którą nazywa *miners neurosis*. Przypisuje on ją niedokrewności płatów potylicznych mózgu, wywołanej uciskiem na tętnice kręgowe skutkiem przegięcia głowy w tył przy pracy w kopalni, oraz naprężeniu *tentorium cerebelli* i powstaniu ztąd ucisku na móżdżek.

Kugel tłómaczy drżenie ócz u górników odruchem wywołanym przez olśnienie siatkówki, upatrując podobieństwo do *nystagmus* u dzieci, u których wszakże przyczyna olśniewająca znajduje się w samym oku, gdy u górników jest poza okiem, jako to światło lampek w dużej ciemnej przestrzeni i odbicie się tegoż od ścian kopalni.

Wilbrand wreszcie tłómaczy drżenie ócz w ten sposób: ciągła praca wysilająca organizm przedstawia sumę wrażeń zewnętrznych, które drogą włókien czuciowych rdzenia pacierzowego dochodzą do móżdżku; złe oświetlenie przedstawia zmniejszenie podniety na drodze od siatkówki do kory mózgowej a mianowicie do jej ośrodków ruchowych; natężenie a raczej przeciążenie mięśni ocznych jest czynnikiem osłabiającym energię woli ośrodka ruchowego. Te trzy czynniki razem działające zmniejszają czynność kory, zwiększając równocześnie czynność ośrodków automatycznych, które skutkiem tego wyłamują się z pod przewagi ośrodków korowych.

Wobec tylu teoryj zapytamy się, któraż z nich jest prawdziwą. Mojem zdaniem za taką uznaćby należało tę, która uwzględnia nie jednę, ale kilka przyczyn, gdyż rozpatrując się nieco bliżej w tym przedmiocie, coraz więcej nabieram przekonania, iż w jednych przypadkach temu, w innych tamtemu, w innych jeszcze kilku naraz czynnikom należy przypisać główny wpływ na powstanie drżenia ócz u górników. Tego też zdania, sądzę, musiało być zgromadzenie lekarskie w Nottingham w 1892 roku odbyte, na którem zajmowano się sprawą *nystagmus* górników obszernie, jeżeli na wniosek Pristleya-Smitha postanowiono wybrać komisyę, mającą dalej jeszcze śledzić i badać przyczyny tego cierpienia.

Jak już wspomniałem, zboczenie to u górników jest uleczném. Według Niedena, Dransarta, Snella i Romieego nie ma przypadku, któryby się nie dał całkowicie usunąć, jakkolwiek potrzeba do tego nieraz lat całych; *conditio, sine qua non*, jest jednak zaprzestanie ro-

boty w kopalni. Jestto dotychczas najgłówniejszy czynnik w leczeniu, na co zgadzają się wszyscy, nawet zwolennicy przeciwnych sobie teoryj. Samoistne wyleczenie, dopóki górnik nie porzuci swej pracy, jest nieznanem. Wprawdzie *nystagmus* po dłuższym czasie nie sprawia już górnikowi takich dolegliwości, jak z początku, bo zwolna przyzwyczaja się on do abstrahowania od pozornych ruchów przedmiotów; próby wszakże, które robił Nieden, czyby nie dało się bez zaprzestania pracy w kopalni przy pomocy tylko różnych środków leczniczych, jeśli nie wyleczyć, to przynajmniej nieco zmniejszyć to cierpienie, wypadły wszystkie niekorzystnie. Przeciwnie samo już zaprzestanie pracy bez innego leczenia wystarcza. *Ruhe* — pisze Nieden — *das heisst fehlende Anstrengung der Elevatores der Augen ist im Stande, ohne jedes sonstige Heilmittel die pathologischen Erscheinungen aufhören zu machen, besonders, wenn die weitere Beschäftigung unter so günstigen Beleuchtungsverhältnissen statthaben kann, wie sie dem Auge bei der normalen Tagesarbeit zu Gebote steht.*

Pamiętać tylko należy, że zaniechanie to roboty musi być stałe; górnik nie może nawet po całkowitem ustąpieniu drżenia gałek ocznych, powrócić do swych dawniejszych zajęć w kopalni pod groźą nawrotu choroby, bezpiecznie jednak może się oddać innej pracy poza kopalnią przy zwykłem oświetleniu.

Poza tem żadnego swoistego środka leczniczego nie posiadamy. *Eine erfolgreiche Behandlung, von Schonung abgesehen, giebt es bis jetzt nicht,* powiada Fick.

Wilbrand na zasadzie swojej teoryi taką daje wskazówkę: *Möglichste Fernhaltung aller tactilen und ampullären Reize, also die Anempfehlung grösst möglichster Körperruhe in einem stillen Zimmer, keine allzugrelle Beleuchtung, gute Ernährung und Strychnin gegen die paretischen Erscheinungen wird die rationellste und erfolgreichste Therapie beim Nystagmus der Bergleute sein.*

Romicé w myśl swego pojmowania radzi przedewszystkiem wzmocnić akomodacyę przez zapuszczanie ezeryny; mówi on, że i atropina może dobre oddać usługi, działając pośrednio przez uspokojenie mięśnia rzęskowego, ale przez rozszerzenie źrenicy sprawia choremu dolegliwości.

Najlepsze jeszcze wyniki, oprócz odżywiania, wzmacniania organizmu i w ogóle higienicznych stosunków życia osiągnięto przez strychninę.

Strychninę stosują jedni podskórnie, drudzy wewnętrznie. Po wielu próbach, który sposób jest lepszym, przyszedł Nieden do przekonania, że lepiej podawać ją wewnętrznie, niż podskórnie; zaleca on następującą mięszankę. Rp. *Trae strychnii 10·0 — 15·0, trae chinae comp., syr. simpl. aa 35·0.* MDS. 3 razy dziennie po pół do całej łyżeczki, twierdząc, że nigdy przytem mimo długiego używania nie widział żadnych objawów zatrucia.

Schrötter poleca pryszczydła *(vesicantia)* za uszami, oraz *extr. nucis vomicae spirituosum* w pigułkach, po którym w dawce po 0·015 z początku po dwie pigułki, potem po jednej dziennie a później po jednej co drugi dzień, otrzymał skutki bardzo dobre.

Prócz tego proponowano rozmaite przetwory wpływające już to na układ nerwowy, już to na odżywienie organizmu, które jako środki pomocnicze mają działać. Tu należą: brom, arsen, chinina, żelazo; wielu przypisuje dobre skutki elektryzowaniu głowy w poprzek prądem stałym.

Ponieważ nieraz widziano, że tęgi kieliszek wódki wypity podczas napadu, napad uspokaja, przeto sądzono, że alkohol systematycznie podawany powinien dobrze działać, lecz Nieden po wielu doświadczeniach odmawia mu wszelkiego znaczenia leczniczego, ku zmartwieniu niejednego, któremuby się takie leczenie uśmiechało.

W każdym razie wyleczenie nie następuje nagle, lecz powoli i stopniowo; w miarę postępów kuracyi coraz mniejszym staje się ten zakres, w którym drżenie występuje, napady stają się w ogóle rzedsze i słabsze, później tylko pod wpływem pewnych bodźców występują, aż wreszcie całkowicie ustają.

Muszę tu jeszcze podkreślić jeden wzgląd, dla którego usunięcie z kopalni górnika, dotkniętego drżeniem öcz, jest koniecznem. Nieraz zachodzi potrzeba przekonania się o ilości gazów w kopalni; w tym celu wysyła się do szybów górników z lampkami bezpieczeństwa a próba polega na tem, że według Clowesa przy obecności 2—3% gazu nad światłem lampki pojawia się taka, jak to Niemcy nazywają *Flammenhaube*, co jest oznaką grożącego niebezpieczeństwa. Otóż Snell przekonał się niejednokrotnie, że górnicy cierpiący na *nystagmus*, skutkiem pozornych ruchów, które przed ich oczyma wykonywa światełko lampki, nie są w stanie tego dostrzedz, a przez to siebie i towarzyszy mogą narazić na niebezpieczeństwo utraty życia.

I jeszcze jedna uwaga, tycząca się udawania. Mimo przypadków opisanych przez Rählmanna, Fanę, Lawsona i Bensona, gdzie można było dobrowolnie wywołać ruchy öcz bardzo do *nystagmus* podobne, twierdzi Nieden, że udanie drżenia öcz jest nadzwyczaj trudne a za to łatwe do zdemaskowania. Sposoby po temu znachodzą się w jego pracy: *Ueber die Simulation von Augenleiden und die Mittel ihrer Entdeckung* [18]).

Na zakończenie usprawiedliwić się muszę, że nad zboczeniem tem obszerniej nieco się zastanowiłem, ale w ostatnich lat dziesiątkach coraz częściej o niem słyszymy a podręczniki nawet najlepsze nader krótką zbywają je wzmianką. Dla użytku tych, którychby przedmiot poruszony więcej zainteresował i którzyby pragnęli się z nim bliżej zapoznać, podaję w odbitce z niniejszego artykułu literaturę tego cierpienia, dziś już wcale pokaźnie się przedstawiającą.

V. Oceny i sprawozdania.

E. Piotrowski (w Krakowie): **Ueber Entstehung, Form, Richtung und Ausbreitung der Blutspuren nach Hiebwunden des Kopfes.** (Z zakładu medycyny sądowej prof. Hofmanna w Wiedniu). Duża 8-ka, stronnic 27 i 22 tablice chromolitografowane.

Ślady krwawe w miejscu spełnienia mordu przedstawiają bardzo wielkie znaczenie dla kryminalistyki sądowej, gdyż często mogą rzucić światło na sposób dokonania zbrodni i przyczynić się nieraz do rozjaśnienia ciemnych stron czynu. Opis dokładny terenu, gdzie spełniono morderstwo, wcale nie ustępuje pod względem znaczenia późniejszej obdukcyi, lecz te dwie czynności nawzajem się wspomagają.

Najlepszym przykładem jest głośne, 1. Lutego b. r. dokonane we Wiedniu morderstwo na osobie adwokata Roth-

---

[18]) Festschrift des Verein. d. Aerzte des R. B. Arnsberg 1893. Wiesbaden.

ziegla. Z wejrzenia przy sekcyi ran i uszkodzeń czaszki radca dworu Hofmann wydał orzeczenie, że narzędziem użytem w tem morderstwie był tylko młotek o okrągłej powierzchni, dalej, że nim sprawca zbrodni musiał kilkakrotnie uderzać z wściekłością w głowę swej ofiary, w końcu wykluczył stanowczo samobójstwo, o którem początkowo myślano. Wezwany później do obejrzenia terenu umocnił swoje przekonanie powzięte przy obdukcyi a oparł się tym razem na rozległych, obfitych śladach krwawych, na około głowy w promienistych kierunkach rozciągających się w kącie pokoju, gdzie zaszło morderstwo i oświadczył, że owe liczne ślady o charakterystycznym kształcie i kierunku nie mogą w żaden sposób pochodzić z tryskania krwi z naczyń, lecz że tylko mogły powstać przez uderzanie wielokrotne młotkiem.

Mimo tak wyczerpującego orzeczenia, nasunęły się następnie jednak inne jeszcze pytania, czy sprawca zbrodni był i o ile krwią powalany, czy narzędzie użyte również było krwią obryzgane i t. d., które jednak z dzisiejszego stanu nauki trudno było wyjaśnić. Wtedy to nasunęła się myśl Hofmannowi, czyby nie można jakich ścisłych pewników uzyskać za pomocą doświadczeń, pewników, któreby nie polegały na złudnym obrazie, lecz na należytych podstawach.

Tą myślą mistrza przejęty, rozpocząłem badanie na temat ten łaskawie mi przez Hofmanna udzielony, któremu przy tej sposobności powtórnie wyrażam najgoretsze podziękowanie, zwłaszcza za światłe rady i wskazówki, któremi mię obdarzał wśród pracy.

Nie będę szczegółowo opisywał wszystkich swych doświadczeń i całego postępowania, gdyż ciekawy czytelnik znajdzie je opisane dokładnie w oryginale.

Tutaj tylko zestawię wnioski i w grubszym zarysie przedstawię przebieg pracy, dla każdego łatwo zrozumiały.

Całą pracę oparłem na wielu doświadczeniach na zwierzętach, przeważnie na królikach, które umieszczałem przed ścianami prowizorycznie ustawionemi, z białego grubego papieru, w rozmaitych ułożeniach, raz na boku prawym, raz na lewym, lub na brzuszku główką do mnie zwróconych lub odemnie odwróconych i które zabijałem następnie różnemi narzędziami, jakoto młotkami różnej wielkości, kamieniami, siekierą. Ciosy, które wymierzałem, prowadziłem z różnych stron, w każdem doświadczeniu z innej strony; raz od strony prawej, w innym razie z góry prosto, lub od strony lewej. W ogóle celem mej pracy było przekonać się: jakie jest źródło powstania śladów krwawych; od jakich okoliczności zależy ich kształt; czy kształt ten jest stały, czy się zmienia; czy kierunek śladów zależy od uderzenia samego, czy też jakie inne dane w grę wchodzą; czyby nie można z pola zasianego plamami krwi lub z kształtu śladów oznaczyć choć w przybliżeniu narzędzia; w końcu, w których przypadkach wychodzi zbrodniarz nieobryzgany krwią, w których więcej, w których mniej?

Każdy widzi z tego, że pytania te są bardzo ważne a ich rozwiązanie może oddać wielkie usługi w ciemnych i niejasnych przypadkach zbrodni.

Cała praca moja składa się z 3 ustępów; w pierwszym opisane są doświadczenia z młotkami, w drugim doświadczenia z kamieniami a w trzecim doświadczenia z siekierą. Celem gruntownego wyjaśnienia swych doświadczeń używałem do prób również waty krwią napojonej, która miała przedstawiać mi ranę na głowie zwierząt. W tych doświadczeniach zupełnie podobnie ustawiałem ściany z papieru i używałem tychże samych narzędzi i trzymałem się podobnego sposobu uderzania. W ogólności w doświadczeniach wykonywanych z młotkiem doszedłem do następujących wyników:

1) Uderzania kilkakrotne żelaznym młotkiem w głowę królika sprowadzają zawsze ranę i ślady krwi w około. Przy jednorazowem uderzeniu rana powstaje tem rychlej, im więcej uderza się ostrzejszą krawędzią młotka.

2) Najwięcej śladów krwi w około głowy powstaje przez uderzenie samo w ranę i następowe rozpryskiwanie się kropel krwi w różnych kierunkach, przez podnoszenie młotka do góry, przez co krew odrywa się od młotka, pada na ściany i zaznacza kierunek, w którym prowadzono narzędzie. Nieznaczna tylko liczba śladów powstaje przez wytryskiwanie krwi z przeciętych naczyń.

3) Ślady krwi powstałe przez odrywanie się kropel krwi od młotka są zazwyczaj kształtu retortowatego z szeroką podstawą, zawsze ku zwierzęciu zwrócone, z wydłużonym końcem od zwierzęcia w kierunku, w którym posuwał się młotek. Te ślady dają możność z wszelkiem prawdopodobieństwem podania kierunku, w którym prowadzono narzędzie.

4) Ślady krwi powstałe z rozpryśnięcia się krwi w ranie się znajdującej przez uderzenie są różnego kształtu; kształt ich bowiem zależy od kąta, pod jakim wypryskują z rany i od kąta, pod jakim padają na ściany w około, usadowienie się zaś ich zależy w wysokim stopniu od sposobu samego uderzenia narzędziem.

Co się tyczy kształtu, to może on być *a)* albo okrągławy lub nieregularny, gdy krople wypadłszy z rany w prostopadłym kierunku upadają albo na ściany prostopadle ustawione do podstawy lub wychodząc w górę po zataczeniu łuku spadają i w linii prostopadłej trafiają na podstawę, na której odbywa się doświadczenie; *b)* albo retortowaty, wydłużony, gdy krople pod kątem ostrym spadają na powierzchnię, wskutek czego posuwając się dalej zawsze przybierają swój kształt charakterystyczny; *c)* znajdujemy jeszcze na ścianach prostopadle ustawionych do płaszczyzny, na której robi się doświadczenia, ślady retortowate, ale ułożone nie wysoko i szeroką podstawą do góry zwrócone, cieńszym zaś końcem na dół. Ślady te powstają z kropel, które wyszedłszy z rany po uderzeniu i wybiegłszy w górę, zataczają duży łuk i przy spadaniu trafiają na owe ściany prostopadle stojące.

Co się tyczy usadowienia śladów, to mogą one

a) znajdować się jednostajnie promienisto we wszystkich kierunkach. Zdarza się to wtedy, gdy się uderza z góry i trafia się w ranę całą powierzchnią młotka. Pole zasiane wtedy śladami w całości ma wejrzenie koła.

b) lub też znajdować się w odcinkach koła, albo na przód lub na boki. To znów zależy od tego, którą krawędzią młotka uderza się. Jeżeli bowiem uderzę więcej przednią krawędzią do siebie, to i ślady wszystkie ułożą się w odcinku koła do mnie. W ogóle ślady krwi układają się w stronie wolnej krawędzi młotka, n. p. gdy się uderza krawędzią lewą od strony lewej, więcej śladów krwi grupuje się po stronie prawej.

5) Stopień obryzgania się krwią mordercy zależy od sposobu spełnienia mordu, od ustawienia się mordercy przy ofierze i n. p. przy uderzaniu młotkiem będzie największy, gdy morderca uderza swoją ofiarę całą powierzchnią młotka, bo wtedy, jak wyżej wspomniałem, krew z rany rozbiega się jednostajnie w promieniach we wszystkie strony, lub gdy uderza krawędzią przeciwną od mordercy, n. p. przednią do siebie.

Powstawanie śladów krwawych przy urazach dokonanych innemi narzędziami, jak n. p. kamieniami lub siekierami jest podobne do śladów po uderzeniu młotkiem; tylko to trzeba mieć na uwadze, że ślady krwawe grupują się inaczej i tak, gdy przy uderzeniu małą powierzchnią młotka z góry pole zasiane śladami krwi przedstawia linię kołową, to przy uderzeniu kamieniem przedstawia linię nieregularną a przy uderzeniu siekierą linię owalną. Nieregularność pola przy uderzeniu kamieniem zależy od nieforemności samej bryły kamiennej. Owal pola przy uderzeniu siekierą zależy od biegunów ostrza siekiery, albowiem ślady powstają najwięcej w miejscach odpowiadających biegunom. Przy uderzaniu siekierą ślady krwi mają początek nie tylko w uderzeniu samem i podnoszeniu siekiery do góry, lecz część krwi, pozostająca na ostrzu odpada dopiero przy powtórnem opuszczaniu siekiery na dół tak, że przy tych doświadcze-

niach nie tylko dawało się oznaczyć kierunek siekiery do góry, ale i z góry na dół.

We wszystkich doświadczeniach zawsze widziałem największą kałużę krwi koło główki królika.

Przedsięwziąłem dalej jeszcze doświadczenia następujące, czyby się nie dało oznaczyć w ranie skomplikowanego morderstwa, który sposób wpierw był użyty. I tak naprzód podcinałem szyję zwierzętom, później dopiero uderzałem młotkiem lub siekierą. Przekonałem się, że przez poderznięcie szyi sprowadza się niedokrewność wysokiego stopnia, tak, że rana powstała po urazie siekierą lub młotkiem jest zupełnie blada, śladów krwi jest tylko bardzo nieznaczna liczba a powstają tylko same ślady od zmiażdżonej substancyi mózgowej. Przy zadzierzgnięciu lub powieszeniu nie zmienia się obraz krwawych śladów. *(Referat własny autora).*

Anatomia.

K. Bardeleben: **Nowe słownictwo anatomiczne.**

Towarzystwo anatomiczne przyjęło na swem zebraniu ogólnem w Bazylei od 17. do 20. Kwietnia b. r. propozycyę [1]) własnej, osobno wyznaczonej komisyi w sprawie słownictwa anatomicznego i poleca wszystkim kolegom zawodowym trzymanie się mieszczących się w owej propozycyi nazw.

Pod względem historycznym wypada nadmienić, że w Kwietniu roku 1887. przyjęło Towarzystwo anatomiczne wniosek wyszły z inicyatywy prof. Hisa a tyczący się uporządkowania całego słownictwa anatomicznego i wyznaczyło do niego w Październiku 1889. osobną komisyę terminologiczną, która wybrała swym redaktorem W. Krausego i zaczęła starać się o zebranie funduszów, do dokonania dzieła potrzebnych. Towarzystwo anatomiczne dało ze swych pieniędzy 3800 marek a kwotą razem 8000 marek wynoszącą przyczyniły się akademie umiejętności w Berlinie, Monachium, Wiedniu i Budapeszcie.

Pod względem rozległości przedsięwzięcia zgodzono się na ograniczenie pracy tylko do anatomii opisowej, t. j. anatomii systematycznej i topograficznej człowieka i to wyłącznie makroskopijnej, pod względem języka zaś tylko do języka łacińskiego, zostawiając każdemu narodowi z osobna przetłómaczenie na swój język nazw łacińskich.

Pod względem nadawania nazw trzymano się następujących zasad: każda część powinna mieć jednę tylko nazwę i to łacińską, pod względem językowym poprawną. Nazwy te powinny być, ile możności, krótkie i proste, służyć tylko do oznaczenia rzeczy a nie mieć pretensyi do jej opisu lub tłómaczenia. Nazwy należące z natury rzeczy do siebie powinny być także jednakowo złożone, n. p. *femur*, ztąd *arteria femoralis, vena femoralis, nervus femoralis.* Wyjątkowo zostawiono nazwy bardzo mocno zakorzenione, n. p. *musculus sternocleidomastoideus, valvula bicuspidalis* obok *valvula mitralis, vola* i *palma, nates* i *clunes.* Pod względem imion własnych użyto kompromisu: jedne usunięto, zestawiono zaś drugie.

Co do słownictwa w rozmaitych, szczegółowych gałęziach nauki lekarskiej, trzymano się zasady, by w anatomii uwzględnić ich własne słownictwo, jako potrzebą wywołane.

Pierwotna myśl, by zostawić nazwy dawne, wybierając z nich tylko najstosowniejsze, nie dała się przeprowadzić; trzeba bowiem było usunąć nazwy przestarzałe, nazwy niejasne, nieraz w rozmaitem znaczeniu używane lub znaczenie nazw dopiero ustalić i w tym celu nawet nieraz umyślnie robić preparaty anatomiczne, jeżeli samo piśmiennictwo nie wystarczało.

Tak n. p. z osteologii następujące wyrazy odnoszą się do łopatki *(scapula)*: *Facies costalis, lineae musculares, fossa subscapularis, facies dorsalis, spina scapulae, fossa supraspinata, fossa infraspinata, acromion, facies articularis acromii, margo vertebralis, angulus inferior, angulus lateralis, angulus medialis, cavitas glenoidalis, collum scapulae, incisura colli scapulae, tuberositas infraglenoidalis, tuberositas supraglenoidalis, incisura scapulae, processus coracoideus, margo axillaris, margo superior.*

Autor spodziewa się, że słownictwo to, ułożone z taką pracą i nakładem czasu i pieniędzy, przyjmie się ogólnie i służyć będzie do wspólnego porozumiewania się badaczy, nauczycieli i uczniów, rozmaitych narodów między sobą, patologów z anatomami i fizyologami i t. d. W ten sposób czynność tak mozolna komisyi nie będzie nadaremną. *(Deutsche med. Wochenschrift.* 4. Lipca 1895). *R.*

[1]) Die anatomische Nomenclatur. Nomina anatomica. Verzeichniss der von der Commission der Anatomischen Gesellschaft festgestellten Namen, eingeleitet und im Einverstandniss mit Redactionsausschuss erläutert von Wilhelm His. Mit 30 Abbildungen im Text und zwei Tafeln. Berlin 1895. str. 183.

Sprawozdanie z oddziału ginekologicznego kliniki ginekologiczno-położniczej U. J. pod kierunkiem prof. Dra H. Jordana z roku szkolnego 1893/4.

Napisali

Dr. Aleksander Rosner i Dr. Ludwik Świtalski,
asystenci tejże kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 14).

L. p. 19 i 72. M. M., lat 46, stanu wolnego, z Michałowic. Rozpoznanie: *Cystofibroma uteri subperitoneale.* Leczenie: *Laparotomia, exstirpatio tumoris, drainage cavi retroperitonealis.*

Wywiady: Rodziła raz przed 17 laty, poród i połóg prawidłowy. Przed sześciu laty zauważyła guz w brzuchu, który powoli ciągle wzrasta. Od tego czasu regularność powtarza się z lekkimi bólami w krzyżach. W ostatnich miesiącach doznaje uczucia silnego rozpierania. Mocz oddaje prawidłowo. Stolce zaparty.

Stan obecny: Osoba wzrostu średniego, słabo odżywiona, budowy miernej. Sutki zwiędłe. Brzuch jednostajnie wypuklony przez guz w środku brzucha ułożony, sięgający do połowy odstępu między pępkiem a wyrostkiem mieczykowatym. Guz ten niebolesny i bardzo mało poruszalny ma powierzchnię gładką i jest konsystencyi zbitej. Badaniem przez pochwę można było wykazać ścisły związek między guzem a macicą.

Dnia 9. Grudnia 1893 r. przystąpiono do wyłuszczenia guza. Po rozcięciu powłok brzusznych na długość około 20 cm., przekonano się, że guz w całości pokryty otrzewną leży na kręgosłupie w tkance pozaotrzewnowej i że otrzewna z guza po bokach przechodzi wprost na ściany brzucha. Na otrzewnej pokrywającej guz znajdowały się liczne, bardzo znacznie porozszerzane żyły. W celu radykalnego usunięcia guza przecięto na przedniej ścianie tumoru poniżej jego połowy torebkę cięciem łukowatem i zaczęto wyłuszczać guz z otoczenia w dolnej jego części. W miarę postępu wyłuszczania przedłużano i cięcie torebki tak, że w końcu miało ono kształt kulisty. Otrzewną pokrywającą większy górny odcinek guza ponad cięciem torebkowem się znajdującą pozostawiono nie oddzieloną przy guzie.

Przy wyłuszczaniu guza częścią na tępo a częścią przy pomocy nożyczek wszystkie krwawiące naczynia chwytano zasuwkami i zaraz podwiązywano. Szypułę szeroką a krótką za pomocą której włókniak zostawał w związku z boczną i tylną ścianą macicy od strony lewej dokładnie podwiązano grubym jedwabiem przy pomocy igieł Martina i następnie przecięto nożyczkami. Po oddzieleniu i usunięciu tumoru z jamy brzusznej zmniejszono powierzchnię przekroju szypuły szwem katgutowym ciągnącym i następnie pokryto ją listkami poprzednio oddzielonej otrzewny. Po wyjęciu guza ważącego 9 kilogr. 300 grm. pozostała bardzo duża jama wyścielona wiotką tkanką łączną sięgającą od tkanki okołomacicznej do okolicy nerek. Z obawy przed możliwym krwotokiem z tak wielkiej powierzchni rannej postanowiono utrzy-

mać dostęp do jamy. W tym celu zeszyto brzegi torebki otrzewnowej z brzegami otrzewny ściennej w dolnej części rany brzusznej, wytwarzając w ten sposób otwór o średnicy około 6 cm., prowadzący do jamy po wyłuszczeniu guza powstałej. Następnie zeszyto ranę brzuszną powyżej górnego brzegu wszytej torby i wytamponowano dokładnie jamę setonami wypłukanej z jodoformu gazy i założono opatrunek antyseptyczny w okolicy jamy mocno uciskający. W dwanaście godzin po operacyi z powodu krwawienia zdjęto opatrunek, założono jeden świeży seton i wzmocniono ucisk.

Przebieg pooperacyjny był zupełnie prawidłowy. Ciepłota nie podniosła się ani razu ponad 37·5° a stan chorej nie pozostawiał nic do życzenia.

Dnia 13. Grudnia 1893. zmieniono opatrunek, wyjęto z jamy oba setony gazy jodoformowej dosyć mocno krwią przesiękłe i założono jeden seton krótszy. Następnie przy każdej zmianie opatrunku co 3—4 dzień przedsiębranej, zakładano coraz krótsze setony aż do zupełnego wypełnienia się jamy granulacyami t. j. do dnia 26. Czerwca, w którym to dniu zastosowano maść lapisową.

Dnia 3. Stycznia 1894 r. a więc 25 dni po operacyi chora opuściła klinikę z poleceniem stosowania w domu przez kilka dni maści lapisowej. W dwa tygodnie potem zgłasza się do kliniki podając, że z dolnej części rany przez mały otworek wydziela się od kilku dni ropa. Badanie wykazuje w dolnej części młodej blizny w miejscu odpowiadającym pierwotnemu otworowi do jamy przetokę, przebiegającą na lewo i ku dołowi, głęboką na 10 cm. W kilka dni potem na kilka cm. powyżej wytworzyła się druga przetoka, przebiegająca więcej powierzchownie w kierunku ku poprzedniej. Domyślano się zaraz, że ropienie i wytworzenie się przetok pochodzić może od podwiązek jedwabnych wszędzie do podwiązania naczyń użytych; innej bowiem przyczyny nie można było przypuścić. Przyjęto chorą powtórnie do kliniki i w narkozie chloroformowej rozszerzono najpierw przetokę dolną na szerokość palca a następnie obie przetoki połączono cięciem. Po przecięciu górnej przetoki na tylnej ścianie znaleziono trzy podwiązki jedwabne luźno leżące, pochodzące prawdopodobnie z głębi pierwotnej jamy. Ściany przetok wyścielone granulacyami poskrobano i po założeniu w głąb sączków z gazy jodoformowej opatrzono antyseptycznie. W dalszym przebiegu wydobyto przy pomocy szczypczyków z głębi w rozszerzeniu utrzymywanej przetoki 9 podwiązek jedwabnych tak, że razem wydobyto ich 12. Potem dopiero wygoiła się przetoka. Oddzielanie się podwiązek postępowało powoli, gdyż trzeba było kilku miesięcy czasu do zupełnego wyleczenia.

Zabieg powyższy był z wielu względów interesującym, raz dlatego, że wielkość i położenie włókniaka pozaotrzewnowego czyniły zabieg bardzo ciężkim i niebezpiecznym a powtóre, że w jego przebiegu pooperacyjnym możemy się dopatrzeć i zalet i wad użytego przez nas sposobu. Że tego rodzaju operacye należą do najcięższych laparotomii, to uznają wszyscy operatorowie. Niebezpieczeństwo tkwi w dużej i szybkiej utracie krwi podczas a często i po zabiegu. W celu uniknięcia go staraliśmy się tak podczas operacyi, jak i po niej, obrać drogę dla chorej najpewniejszą.

Skoro wyłączna przyczyna krwotoku podczas operacyi tkwi w wytworzeniu bardzo rozległej powierzchni rannej przez oddzielenie całej osłony guza, dlatego pozostawiliśmy na większej górnej części guza torebkę nietkniętą a tylko odłuszczyliśmy tyle, ile do wydobycia guza było niezbędnem. Że przez to nie utrudniamy sobie dalszej części operacyi, świadczy najlepiej to, że bez najmniejszej trudności pozostałą torebkę wszyliśmy według życzenia w dolne części rany brzusznej. Wszystkie naczynia krwawiące podwiązywaliśmy zaraz w miarę postępu operacyi nitkami jedwabnemi. W tym naszym sposobie operacyjnym widzimy zaletę, natomiast wadę w użyciu jedwabiu. Nie spodziewaliśmy się bowiem, że będziemy musieli chorą z powodu ligatur jedwabnych, przez nas samych założonych cztery razy dłużej leczyć, niż z powodu tak rozległego włókniaka podotrzewnowego.

Na podstawie tego, jak również kilku innych przypadków z lat poprzednich, nabraliśmy przekonania, że powyższy sposób (naturalnie z użyciem nitek katgutowych do podwiązywania naczyń) może oddać bardzo dobre usługi.

L. p. 108. R. M, lat 30, wolna, z Przeworska. R o z p o z n a n i e: *Fibromyomata multiplicia intramuralia et subserosa corporis et cervicis uteri.* L e c z e n i e: *Amputatio fibromatum subserosa et castratio.*

W y w i a d y: Nie roniła, nie rodziła. Regularność od 13. roku życia powtarzała się co miesiąc zawsze z bólami dołem i utrzymywała się przez 5 do 6 dni. Od sześciu lat uważa stałe powiększanie się brzucha, wybitniej występujące w ostatnich kilku miesiącach. Od trzech lat częste bóle w krzyżach, zwłaszcza w nocy. Od roku dosyć obfite białe upławy. Mocz i stolce oddaje prawidłowo.

S t a n o b e c n y: Osoba wzrostu średniego, dobrze odżywiona i zbudowana. Brzuch wypukłony więcej wzdłuż niż w szerz. Wypuklenie brzucha pochodzi od guza, wychodzącego z miednicy małej, sięgającego na szerokość trzech palców poniżej wyrostka mieczykowatego, na boki rozchodzącego się dosyć jednostajnie. Od spojenia łonowego do końca tumoru 31 cm. obwód brzucha przez pępek 96 cm., przez największe wypuklenie poniżej pępka 100 cm. Obrzęk ten konsystencyi zbitej, niebolesny, z boku na bok nieco przesuwalny, ma powierzchnię nierówną, guzowatą. Odgłos wypukowy nad tumorem stłumiony, zresztą bębenkowy. Wejście do pochwy zatkane błoną dziewiczą, pochwa krótka. Część pochwowa niżej i bliżej spojenia łonowego ustawiona, stożkowata, ku podstawie znacznie grubiejąca, przechodzi wprost w tumor wypuklający tylne sklepienie. Zbitość części pochwowej w okolicy ujścia zewnętrznego prawidłowa, ku nasadzie staje się coraz większą. Zatoka Douglasa wypełniona jest przez guz twardy gładki, niebolesny i nieporuszalny. Guz ten od strony lewej daje się dokładnie odgraniczyć, mniej od strony prawej i od tyłu.

Przez odbytnicę można wybadać, że przednia jej ściana na wysokości $2^{1}/_{2}$ falangi ponad zwieraczem jest znacznie wypuklona przez guz powyżej opisany, do którego górnej granicy dojść nie można. Przy poruszaniu tumoru z boku na bok ułożonego w jamie brzusznej guz w zatoce Douglasa porusza się bardzo nieznacznie. Sonda z trudnością wprowadzona wchodzi w kierunku ku przodowi, górze i nieco na lewo i wykazuje długość jamy macicy 18 cm.

Dnia 26. Lutego b. r. przystąpiono do operacyi. Powłoki brzuszne rozcięto na długość około 25 cm. Badanie bezpośrednie guza wykazało, że mamy do czynienia ze znacznie powiększoną macicą, w ścianach której ułożone są liczne włókniaki tak, że powierzchnia macicy jest nierówną, pagórkowatą. Z szyi macicy bardzo nisko wychodzi włókniak, co najmniej wielkości dwóch pięści, jest wrosły między blaszkami więzadła szerokiego lewego i wchodzi tak nisko wgłąb, że dolnego odcinka z trudnością tylko można dosięgnąć. Prócz tego na przedniej ścianie znajdują się dwa włókniaki podsurowicze, uszypułkowane, jeden wielkości pomarańczy, drugi orzecha włoskiego. Pęcherz moczowy był mocno w górę podciągnięty. Ponieważ radykalna operacya ze względu na włókniak szyjkowy nader trudno dostępny byłaby bardzo ryzykowną, dlatego odstąpiono od operacyi radykalnej i po odcięciu 2 włókniaków uszypułowanych, wykonano zwykłym sposobem kastracyą, co nie przedstawiało żadnych trudności, gdyż jajniki i trąbki były mocno w górę, bo prawie do wysokości pępka wyciągnięte.

P r z e b i e g: W czwartym dniu po operacyi wystąpiło krwawienie z macicy, które utrzymywało się prawie przez dwa tygodnie. W skutek ropienia, które wystąpiło w górnej części rany, chora począwszy od szóstego dnia po operacyi gorączkowała przez 8 dni. Rozejście się brzegów na kilka centymetrów w skutek ropienia przedłużyło znacznie czas gojenia tak, że chora dopiero 19. Lipca mogła opuścić klinikę.

Badanie w dniu tym dokonane wykazuje, że brzuch jest mniej wypukłony a powłoki nie tak napięte. Wymiar od spojenia łonowego do końca tumoru wynosi 25 cm. (mniej o 6 cm.), obwód przez największe wypuklenie 68 cm. (mniej o 32 cm.).

W przeciągu więc 2 miesięcy po kastracyi, włókniaki zmniejszyły się bardzo wybitnie. Podmiotowy stan chorej jest całkiem dobry. Mieliśmy sposobność badać pacyentkę w miesiąc potem, przyczem przekonaliśmy się, że macica w dalszym ciągu pomniejsza się jednostajnie. Chora nie doznaje żadnych przypadków. (Ciąg dalszy nastąpi).

Choroby weneryczne.

Chotzen (we Wrocławiu): **Alumnol jako lek przeciw wiewiórowi** *(antigonorrhoicum)*.

Jeszcze w roku 1892. ogłosił autor swe rezultaty z zastosowania rozczynu wodnego alumnolu (siarkanu naftologlinowego) w wiewiórze cewki moczowej, praca ta nie wywołała wszakże wówczas w kołach zawodowych żywszego zainteresowania się; tu i ówdzie wprawdzie próbowano środka tego na materyale klinicznym i szpitalnym, badania te jednak nie wypadły zgodnie z wynikami autora i wszędzie po krótkich, nieudałych próbach odmówiono przetworowi temu wartości leczniczej w wiewiórze.

Najdalej posunęli się w badaniach tych, w celu stwierdzenia wyników Chotzena, Casper i Samter w Berlinie, którzy na podstawie tylko 44 przypadków (32 Casper a 12 Samter) ogłosili swe prace, odmawiające skuteczności alumnolowi pod względem leczniczym i wszelkiej wyższości ponad inne znane *adstringentia*.

Jako replikę poniekąd przeciw tym apodyktycznym twierdzeniom ogłosił Chotzen obecną pracę, w której obok ścisłości w badaniu zebrał stosunkowo znaczny, bo 294 przypadków obejmujący materyał naukowy, w ustępie zaś w końcu jej oświadcza całkiem słusznie, że każdy nowy preparat, zwykle z wielkim trudem i mozołem przez chemika sporządzony w celach leczniczych zasługuje na to, aby zdanie o jego wartości, jeśli się go już poddaje badaniu, wypowiadano po ścisłem i systematycznem doświadczeniu na wielkim tylko materyale.

Bliższe szczegóły wyników leczenia wiewióra alumnolem znajdą interesujący się tą sprawa w obszernej pracy autora; zestawienie tablic i cyfr w referacie byłoby zbytecznem.

Chotzen stosuje alumnol w rozczynie wodnym od $^1/_4$ do $5^0/_0$ w formie wstrzykiwań za pomocą zwykłej strzykawki w *urethritis anterior acuta*, w każdym okresie i stopniu tej choroby, dalej w formie instylacyi w rozczynie 1 do $5^0/_0$ instylatorem Ultzmanna, lub też wreszcie w formie maści $2^1/_2$ do $10^0/_0$ z lanoliną za pomocą strzykawki Tomasselego w *urethritis posterior*.

U kobiet używa do przepłukiwań pochwy rozczynu 1 do $2^0/_0$, do cewki zaś czopków podług przepisu: *alumnoli 0·25, amyli oryzae 2·00, sacchari albi 3·00, ungti glycerini 0·50, mucilaginis gutt. III., aquae destill. gutt. VIII., f. bacilli X.*

Alumnol przewyższa zdaniem autora o tyle najskuteczniejszy dotąd w leczeniu wiewióra, osobliwie przewlekłego, azotan srebrowy, że działa jednocześnie jako *antigonorrhoicum* i jako *adstringens*, niszcząc gonokoki często już w bardzo wczesnym okresie leczenia (patrz dokładne zestawienie cyfr w oryginale) i zmniejszając szybko zapalenie, jakoteż usuwając również w większej liczbie przypadków stosunkowo w krótkim czasie śluz i nitki wiewiórowe.

W końcu zwraca autor uwagę i na te niestety nierzadkie przypadki, które wobec zmian chronicznych, usadowionych w zatułkach Morgagniego i w gruczołach Littrego *(perifolliculitis)*, lub też wobec zmian bliznowatych w błonie śluzowej cewki, opierają się wszelkim zabiegom leczniczym.

Praca ta zachęcić powinna specyalistów do dalszych ścisłych badań, w danym bowiem razie zyskać możemy w leczeniu wiewióra środek bardzo dzielny, przewyższający dotąd jeszcze najskuteczniejszy azotan srebrowy, który dziś w leczeniu wiewióra zawsze jeszcze pierwsze zajmuje miejsce. *(Arch. für Dermatol. und Syphilis.* Tom XXXI. Zeszyt 2.).

Dr. T. Mayzel.

Choroby nerwowe.

Jolly (w Berlinie): **O kile mózgu i utracie mowy.**

Autor doniósł na 66-tym zjeździe lekarzy i przyrodników niemieckich o przypadku afazyi w następstwie kiły mózgowej. U chorego, który przed 2 laty nabył kiły, zauważono częste wymioty, tętno bardzo przyspieszone, obustronne porażenie nerwu odwodzącego, obustronną tarczę zastoinową nerwu wzrokowego, ból głowy, zawroty. Przyłączyło się porażenie prawej połowy ciała, bezwzględna głuchota na słowa i utrata mowy. Przy sekcyi znaleziono zupełne zniszczenie następujących części: *gyrus angularis*, pierwszego i drugiego zwoju skroniowego, całej okolicy ciemieniowej wraz z *praecuneus* i *cuneus*. Zwój Broki nie był zniszczony w całości.

Przypadek ten wykazuje przedewszystkiem skłonność kiły mózgowej do wielokrotnych ognisk, następnie, że kiła naczyń mózgowych wcale nie należy do postaci późnych. Chory w sposób charakterystyczny był głuchy na słowa, n. p. słyszał bardzo dobrze, nie mając jednak wyobrażenia o tem, co słyszał. Głuchota na słowa tłómaczy się zupełnem zniszczeniem obu pierwszych zwojów skroniowych. Trudniej wytłómaczyć można całkowitą afazyę. Ponieważ zwój Broki nie był w całości zniszczony, należy o tem myśleć, czy z całkowitego zniszczenia sfery słyszenia wyłącznie nie można tłómaczyć całkowitej afazyi. Rozchodziłoby się więc o niemotę, będącą następstwem głuchoty na słowa *(Worttaubstummheit)*. Ciekawem jest, że u chorego pozostała do pewnego stopnia zdolność czytania i pisania, co można wytłómaczyć użyciem do tego prawej sfery widzenia. Afazya należy do stosunkowo częstych objawów kiły mózgowej. Najczęściej rozchodzi się o zboczenia przemijające i to zawsze o niemotę amnestyczną. Natomiast należy w przypadkach, jak opisany, z całkowitą niemotą i pewną stałością objawów źle rokować. *(Wien. med. Presse*, Nr. 40. 1894). *Bf.*

Dyagnostyka.

Amann: **O wykazaniu prątków gruźliczych w plwocinach.**

Na podstawie 12-letniego doświadczenia i licznych prób porównawczych poleca A. następujący sposób postępowania: Całą ilość plwocin, do badania przeznaczonych, należy na zimno rozmacić w 4—6 objętościach czystej wody destylowanej (bez dodawania jakichkolwiek cieczy zasadowych), kłócąc ją w zamkniętem naczyniu zapomocą małej ilości czystego śrutu ołowianego po dodaniu 1 cm³ chloroformu. Rozczyn ten wlewa się dla uzyskania osadu do naczynia podobnego do biurety geisslerowskiej, i dodawszy 2 cm³ rozczynu fuksyny z karbolem, pozostawia przez 24 godzin w spokoju. Osad zbierający się na dnie za pomocą zastosowanego do naczynia rozpylacza *(Bicusprtize)*, z łatwością przez cieńszą rurkę w całości można oddzielić, część jego bezpośrednio zbadać pod względem składników morfotycznych a drugą dokładnie i jednostajnie rozdzielić na szkiełkach (A. poleca używanie szkiełek przedmiotowych wbrew zdaniu Czaplewskiego). Preparat powinien wyschnąć na wolnem powietrzu; wyschnięcie można przyspieszyć zapomocą zwykłego mieszka. Ustalenie preparatu odbywa się albo przez postawienie go w ciepłocie 70—85°C. przez 5—10 minut, albo, co lepiej, zapomocą alkoholu z eterem, który należy rozpylać na przeparat przez 2—3 minut. Skrócone barwienie metodą Gabbeta potępia A., polecając natomiast barwić rozczynem karbolowym fuchsyny bez dodatku alkoholu (1 grm. fuksyny, 5 grm. $90^0/_0$ kw. karbolowego i 95 cm³ wrzącej wody destylowanej), kładąc preparat stroną pomazaną na inne szkiełko przedmiotowe, na którem znajduje

się zagrzana fuksyna, i pozostawiając go tak aż do oziębnięcia. Do odbarwiania poleca A. jedynie 25% kwas siarkowy przez dwie minuty (chociaż przytem i około 8% prątków się odbarwia), albo, co ma dawać najlepsze wyniki, 20% kwas siarkowy, nasycony kwasem pikrynowym przez ½—1 minuty, a po nim rozczyn złożony z 15 grm. fluoresceiny, 15 grm. błękitu metylenowego, rozpuszczalnego w alkoholu i 500 grm. alkoholu bezwodnego, aż do zupełnego odbarwienia. Po dokładnem opłukaniu we wodzie można preparat podbarwić błękitem metylenowym, A. przekłada jednak podbarwianie zielenią malachitową (przez jedne minutę, poczem spłukuje się nadmiar barwika wodą), jako wykluczające wszelkie dwuznaczne zabarwienia. Wreszcie należy osuszyć preparat, ustawiając go ukośnie w sterylizatorze i pozostawiając przez kilka minut w ciepłocie 60—80°. (*Centralblatt für Bacteriologie u. Parasitenkunde.* Tom XVII. 1895. Nr. 15). *Dr. Ciechanowski.*

Choroby zakaźne.

Ehrendorfer: **Obecny stan nauki o zakażeniu pępka u noworodków i konieczna potrzeba ścisłego przestrzegania środków ochronnych przeciw niemu.**

Prace Horwitza, Rungego, Epsteina, Kezmarskyego wykazały, że u noworodków po zamartwicy najcięższą chorobą jest zakażenie pępkowe, uważane dawniej za gorączkę połogową osesków. W stosunkach fizyologicznych jest ściśle odznaczona granica między owodną a pierścieniem pępkowym, warstwa zaś odgraniczająca między galaretą Whartona a otaczającą tkanką łączną, jest nierówna; to też od usadowienia się jadu w tkance podskórnej w stosunku do głębokości tejże warstwy zależą objawy zakażenia pępkowego.

Zakażenie zwykle sadowi się w pierścieniu tkanko-łącznowym koło naczyń pępkowych a ztąd dopiero przechodzi na naczynia limfatyczne lub krwonośne, dając początek ropnicy i zgniliźnie.

Wessanie produktów wydzielniczych i rozpadowych nastaje przez wieniec naczyń podotrzewnowych, wysyłający drobne rozgałęzienia częścią podskórnie, częścią otaczające gęstą siecią błonę dodatkową (*adventitia*) naczyń krwionośnych pępkowych. Nie ma samozakażenia pępkowego a zakażenie pępkowe uważać można li tylko za chorobę przyrzutową. Co do etyologii, to zakażenie pępkowe powstać może w chwili porodu przez działanie nieprawidłowej wydzieliny pochwowej lub wód płodowych albo też po porodzie przez zanieczyszczenie podczas odcinania, podwiązywania, obmywania i obsuszania pępka.

W rozpoznaniu zakażenia pępkowego pamiętać trzeba, że nawet w ciężkich przypadkach objawy miejscowe mogą być nieznaczne a rozpoznać je można przy nader dokładnem badaniu przed kąpielą z uwzględnieniem ciepłoty ciała; z drugiej znów strony znaczna wydzielina, odczynowa zgorzel pępka i tkanki otaczającej, przemawiające stanowczo za chorobą pępka, nie są jeszcze dowodem ogólnego zakażenia krwi. W ten sposób można wytłómaczyć przypadki śmierci osesków w pierwszych dniach życia z rozpoznaniem klinicznem zapalenia płuc, kiszek, ogólnego wiądu, w których sekcya choroby te wykazuje tylko jako komplikacye lub choroby następowe pierwotnego zakażenia pępkowego.

Przebieg choroby tej może być ostry lub chroniczny. Co się tyczy rokowania, to ono zależy głównie od objawów ogólnych, zachowania się ciepłoty z uwzględnieniem zmian miejscowych.

Leczenie w początkach schorzenia pępka daje dobre wyniki; to też w przepisach dla akuszerek winno się mieścić, iż z chwilą rozpoznania wilgotnej zgorzeli pępka u oseska obowiązana jest przypadek ten odesłać do lekarza.

Autor stosuje w przypadkach zupełnie prawidłowego odpadania pępka opatrzenie suche, polegające na zasypywaniu pępowiny pudrem salicylowym (w stosunku 1 części kwasu salicylowego na 3, względnie 5 części mączki ryżowej), owijaniu watą i płóciennym bandażem. Wobec ropnej wydzieliny koło pępka z korzyścią wpuszcza kilka kropel 1 do 2% rozczynu azotanu srebrowego na powierzchnię rany, na to zaś zakłada suche opatrzenie. W razie mokrej zgorzeli reszty pępowiny zaleca się obmywanie po kilka razy dziennie mocnymi płynami antyseptycznymi.

O wiele ważniejsze są środki ochronne zapobiegające zakażeniu pępkowemu; to też do najważniejszych zaliczyć należy czystość akuszerki i instrumentów do przecinania pępowiny, tasiemki i bandażów. Do kąpieli należy używać wanienek kształtu półjajowatego, o brzegach zaokrąglonych; woda ma być przegotowana a do obmywań stosowana wata lub płatki płócienne. Warunkiem prawidłowego odpadnięcia pępowiny tak, jak każdej zgorzeli suchej jest suchość, dostęp powietrza i aseptyka. Do owijania pępowiny używać należy sterylizowanej waty lub szmatki płóciennej, zasypawszy, co najwyżej w miejscu przyczepienia się pępowiny pudrem salicylowym, poczem bandażuje się kilkoma zwojami niezbyt wąskiego powojnika. Zawijanie dziecka w flanelę utrudnia dostęp powietrza; najodpowiedniejsze byłoby owijanie w pieluchę płócienną, długą, odpowiednio przymocowaną.

Tych przepisów ochronnych należy, zdaniem autora, przestrzegać szczególnie w publicznych zakładach i wpajać je w pojęcia młodych adeptów sztuki lekarskiej. (*Wiener medizinische Wochenschrift* Nr. 12, 13. 1895). *Dr. Komorowski.*

Zapiski terapeutyczne.

87. W. Brock: O galwanizowaniu wprost żołądka i jelit (z kliniki i polikliniki lekarskiej prof. Senatora w Berlinie). Dążność nowszej elektroterapii do kierowania działania prądu elektrycznego na oznaczone tylko miejsce wytworzyła w ostatnich czasach nowe także sposoby elektryzowania żołądka i jelit.

Leubuscher a za nim Schillbach przekonali się za pomocą ścisłych doświadczeń na ludziach i zwierzętach, że wprowadzając jeden biegun do odbytnicy a drugi przykładając do ścian brzusznych, otrzymuje się pewne działanie na jelita a mianowicie przez elektryzowanie w ten sposób ludzi zdrowych przez 10 do 15 minut pojawia się stolec po użyciu prądu indukcyjnego we 2½ do 3½ godzin, po użyciu zaś prądu galwanicznego w 1½ godziny. Na 15 chorych, cierpiących na uporczywe zatkanie żywota z rozmaitych przyczyn u dwóch nie było żadnego skutku z użycia prądu, przeważnie galwanicznego, u 9 pojawiał się regularnie stolec po każdem posiedzeniu elektrycznem, skutek ten jednak przetrwał leczenie zaledwie o kilka dni do kilku tygodni, u 4 zaś chorych utrzymywał się jeszcze przez 3 miesiące po skończeniu leczenia elektrycznością.

Leubuscher na ludziach a Schillbach na zwierzętach przekonali się, że wbrew mniemaniu Erba prąd galwaniczny jest skuteczniejszy od indukcyjnego.

Mimo tego nie mógł prąd galwaniczny uzyskać obywatelstwa w leczeniu zaparcia stolca przeważnie dlatego, ponieważ obawiano się po nim nadżerek przez działanie jego chemiczne. Obawa ta jednak upada po zaleceniu przez Rosenheima do odbytnicy elektrody, podanej przez Boudeta i Larrata. Elektroda ta mieści się całkowicie w osłonie kauczukowej, zaopatrzonej na końcu wewnętrznym, odpowiadającym metalowemu końcowi elektrody w dziurki, nie styka się więc nigdzie metalem z błoną śluzową. Przestwór między tą osłoną a elektrodą wypełnia się fizyologicznym rozczynem (0·6%) soli kuchennej, który tem samem służy do przewodzenia prądu elektrycznego i nie dozwala nadżarcia błony śluzowej.

Co się tyczy żołądka, to, o ile wiadomo, pierwszy Kussmaul wystawiał go na działanie prądu elektrycznego w ten sposób, iż wprowadzał jedne elektrodę do jego wnętrza. Kussmaul używał prądu tylko indukcyjnego, ponieważ obawiał się nadżarcia z działania prądu galwanicznego. Dopiero Bardet podał w roku 1884. stosowną do użycia prądu galwanicznego w żołądku elektrodę, polegającą na tem, iż przez

sztywny kateter wlewano naprzód wodę do żołądka a następnie wprowadzono przezeń właściwą elektrodę, nie sięgającą wszakże końca kateteru zaopatrzonego w otwory.

Elektryzowanie jednak żołądka w ten sposób, wymagało tak wiele czasu i było tak przykre dla chorych, iż nie mogło wejść w użycie praktyczne. Dlatego Einhorn podał nową elektrodę „do połykania", składającą się ze zwykłej rurki gumianej, mającej milimetr grubości, zawierającej w środku giętki drut metalowy a zakończonej w kapslę z twardego kauczuku z otworkami. Drut metalowy nie dochodził również do tej kapsli. Przed elektryzowaniem dawano do picia 1 do 2 szklanek wody. Ewald poprawił tę elektrodę żołądkową Einhorna, biorąc rurkę gumianą o grubości ściany wynoszącej $1^1/_2$ milimetra.

Z takiemi elektrodami robili doświadczenia terapeutyczne tak Einhorn jak i Ewald. Autor powtórzył je w klinice prof. Senatora.

Autor nie rozstrzyga, w jaki sposób działa prąd galwaniczny na żołądek, czy wpływa on na pierwociny ruchowe czy wydzielnicze, czy działa wprost czy sposobem zwrotnym, czy też przez sugestyą.

G a l w a n i z o w a n i e ż o ł ą d k a odbywało się w ten sposób, iż po wypiciu przez pacyenta dwóch szklanek wody wprowadzano do żołądka elektrodę Einhorna, zmodyfikowaną przez Ewalda i łączono ją z biegunem ujemnym przyrządu galwanicznego, biegun zaś dodatny przykładano obok części lędźwiowej stosu kręgowego. Moc prądu od 15 do 20 miliamperów; trwanie posiedzenia elektrycznego 5 minut.

Do doświadczeń użyto przeważnie nerwic żołądka z objawami zadrażnienia w zakresie czucia. Skutków tak pomyślnych, jak je opisuje Einhorn podający, że we wszystkich swych przypadkach miał działanie tylko pomyślne, autor nie otrzymał. Jeżeli z małej (13) liczby obserwacyj wolno skutek otrzymany wyrazić cyfrowo, to w 15% skutek był zupełny, w 46% uzyskano tylko poprawę a w 39% nie było żadnego rezultatu.

Elektryzowaniu przeto wewnętrznemu żołądka należy się prawo obywatelstwa w terapii nerwic żołądkowych.

J e l i t a g a l w a n i z o w a n o w ten sposób, iż opisaną powyżej elektrodę Boudeta i Larrata wprowadzano do odbytnicy, przestwór między osłoną a częścią właściwą wypełniano 200 cm.³ fizyologicznego roztworu soli kuchennej i po zamknięciu kurka łączono elektrodę z biegunem ujemnym przyrządu galwanicznego, biegun zaś dodatny w postaci dużej płyty przykładano do nadpępcza (*epigastrium*). Moc prądu również od 15 do 20 miliamperów. Trwanie posiedzenia takiego 5 minut. Częsta zmiana kierunku prądu.

Na 13 przypadków przewlekłego zaparcia żywota uzyskano wyleczenie zupełne w 46% a poprawę w 23%, nie było zaś skutku w 31% przypadków.

I na tem polu przeto należy się właściwe miejsce prądowi galwanicznemu, choćby nieraz rozchodzić się miało o skutek nie trwały, ale tylko przemijający, w celu czasowego przynajmniej usunięcia potrzeby sprowadzania wypróżnienia innemi środkami czy to wewnętrznymi czy zewnętrznymi. (*Therapeutische Monatshefte.* Czerwiec 1894).

88. P e l l i s s i e r: L e c z e n i e w i e w i ó r a (trypra) k w a s e m c y t r y n o w y m. Autor użył kwasu cytrynowego do leczenia wiewióra raz, ponieważ kwas ten gubi pasorzyty, powtóre, ponieważ gonokoki nie mogą żyć na kwaśnem podłożu. W zapaleniu przedniej części cewki (*urethritis anterior*), poleca autor wstrzykiwać po 6 razy dziennie 1% roztwór lub sam przepłukuje przednią część cewki za pomocą irygatora i miękkiego cewnika (kateteru) 1500 gramami roztworu kwasu cytrynowego w stosunku 8 części na 1000 do 1500 części wody. Przy wstrzykiwaniach następowało wyleczenie w 8 do 10, przy przepłukiwaniach w 4 do 5 dni. W razie zajęcia przez wiewiór tylnej części cewki moczowej (*urethritis posterior*) wpuszcza autor po oddaniu moczu przez pacyenta za pomocą twardego cewnika (który równie jak miękki celem wprowadzenia do cewki powinno się tylko zwilżać wodą, nie zaś pomazywać tłuszczem) 400 gramów słabego (zapewne 8 : 1500) roztworu kwasu cytrynowego do pęcherza, który pacyent natychmiast wypróżnia, co powtarza się aż do spotrzebowania 1500 gramów płynu. Tym sposobem przepłukuje się całą cewkę. Tak leczył autor 15 przypadków ze skutkiem pomyślnym bez żadnych dolegliwości dla chorych i bez powikłań. (*Revue internationale de médecine et de chirurgie pratiques.* 1. 1895).

89. L. F ü r s t (w Berlinie): W s p r a w i e d e s i n f e k c y i g ó r n y c h d r ó g o d d e c h o w y c h. Nos, nozdrza, jama ustna a w niej przedewszystkiem migdałki są, jak wiadomo, ulubionemi przez zarodki chorobowe bramami do ustroju ludzkiego. Zapobiedz temu dostawaniu się ich do organizmu tą drogą nie można, ponieważ trudno używać do oddychania powietrza filtrowanego. Dlatego należy tylko starać się o to, by zarodki chorobotwórcze nie mogły sadowić się w jamie ustnej i nosie. Używane w tym celu dotychczas środki nie są odpowiednie z wielu względów; dlatego proponuje autor używać w ich miejsce środków przeciwgnilnych, z których działaniem chemicznem, jakkolwiek słabem dałoby się połączyć mechanicznie wydalenie, t. j. przepłukiwanie po 3 razy dziennie nosa, jamy ustnej i nosopołykowej. Osoby dorosłe i dzieci starsze mogą tej czynności dokonać same; dzieciom małym trzeba nos przepłukiwać i jamę ustną wycierać.

Do takiej desinfekcyi górnych dróg oddechowych zaleca autor tabliczki zawierające: *acidi borici 0·50, acidi salicylici 0·05, natrii chlorati 0·10, saccharini 0·01* a nadto w stosunku 1000 części tej mięszaniny *olei eucalypti guttas quinque, olei menthae piperitae 5·00. M. f. l. a. tabulae compressae.*

Tabliczki takie, które w wielkiej ilości wyrabia apteka A. Kadego w Berlinie, są wcale niedrogie.

W celu użycia rozpuszcza się jednę tabliczkę w filiżance gorącej wody a po oziębieniu płynem w ten sposób otrzymanym przepłukuje się jamę ustną. Po spotrzebowaniu $^2/_3$ filiżanki dolewa się wody do pełności i tym słabszym roztworem przepłukuje nos. Oczywiście, że do rozpuszczania wymienionych tabliczek wypada używać wody przegotowanej a zatem wyjałowionej.

Zdaniem autora nie należy się spuszczać w błonicy na pomyślne działanie surowicy właściwej, lecz trzeba zapobiegać powstaniu choroby, do czego autor na podstawie swego doświadczenia zaleca gorąco regularnie przepłukiwania nosa i jamy ustnej roztworem przyrządzonym w sposób co właśnie podany. (*Therapeutische Monatshefte.* Czerwiec 1895).

90. A. M a r r i o t t i: W s t r z y k i w a n i e o l e j k u g w o ź d z i k o w e g o (*oleum caryophyllorum*) w c e l u l e c z e n i a r o p n i g r u ź l i c z y c h. Autor używa z pomyślnym skutkiem do leczenia ropni gruźliczych olejku gwoździkowego, wstrzykując do jam pozostałych z ich wypróżnienia po 50 kropel i więcej mięszaniny jednej części rzeczonego olejku z 10 częściami oliwy. Postępując tym sposobem, uzyskał w 6 lub 7 dniach zamknięcie się ropni zawierających płynu na objętość więcej niż pomarańczy a w 9 do 15 dni ropni z ropą wagi około 200 gramów. (*La Semaine médicale* 3. Lipca 1895).

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

VIII. Posiedzenie naukowe dnia 17. Maja 1895 r.

Przewodniczący kol. Festenburg. — Obecnych członków 27.

Kol. Machek podaje nowy sposób operowania zaćmy bez wycinania tęczówki i przedstawia kilku chorych w ten sposób operowanych. W dyskusyi zabierali głos koll. Szulisławski, Wehr, Ziembicki i prelegent.

Kol. Schramm przedstawił dziewczynkę, u której operował *meningokele*. W dyskusyi zabierali głos koll. Wehr i prelegent.

Kol. Bell przedstawił przyrząd zbudowany na wzór przyrządu Curschmanna, który może służyć do odprowadzania cieczy przesięczynowej z obrzęków. W dyskusyi zabierali głos koll. Mahl i Obtułowicz.

Kol. Prus wyłożył o ciałkach Russela i o nowej formie zwyrodnienia komórek (zwyrodnienia fuchsynofilne, wydzielnicze i śródkomórkowe). Rzecz ta będzie ogłoszona w Pamiętnikach Akademii umiejętności. W dyskusyi zabierali głos koll. Wehr, Barącz i prelegent.

Wyczerpawszy porządek dzienny posiedzenie zakończono.

Sekretarz: *Uhma.*

IX. Posiedzenie naukowe dnia 31. Maja 1895 r.

Przewodniczący kol. Festenburg.

Posiedzenie to odbyło się w szkole weterynaryi, gdzie kol. Kretowicz oprowadził przybyłych po wzorowo urządzonym zakładzie, w którym przyspasabia krowiankę do szczepienia. Potem kol. Prus przedstawił swe zbiory anatomo-patologiczne a prof. Królikowski muzeum chirurgiczne. Następnie kol. Szpilmann oprócz kilku ciekawych okazów chorób zwierzęcych przedstawił konie szczepione celem uzyskania surowicy przeciwbłoniczej. Prof. Nussbaum oprowadził ciekawych po zakładzie anatomii porównawczej a p. Żupnik przedstawił hodowle *bacilli typhi murium.* Wreszcie kol. Szpilmann wyłożył o sposobach przygotowywania i istocie surowicy przeciwbłoniczej.

Sekretarz: *Uhma.*

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 11. Lipca 1895 r.

— VII. Zjazd chirurgów polskich w Krakowie. W przededniu Zjazdu jeszcze raz zapraszam wszystkich Kolegów, których chirurgia zajmuje, na tę biesiadę naukową. Jeżeli zjazdy przedstawicieli innych gałęzi medycyny są pożądane, to wprost konieczne są takie zjazdy chirurgów. I najlepszy opis nie starczy za naoczną demonstracyę czy to nowego sposobu operowania, czy nowego narzędzia, czy nareszcie drobnostek rozmaitych, o których zwykle nawet się nie pisze a które jednak dla praktyki są nieraz bardzo ważne. To też starałem się, żeby jak największą liczbę demonstracyj mieć na porządku obrad. Nęcić też powinno zwiedzanie nowego oddziału prof. Obalińskiego w szpitalu św. Łazarza, tak wzorowo urządzonego. Wyobrażam sobie, że pomiędzy innymi mianowicie prymaryusze z całego kraju pospieszą zwiedzić ten zakład, rzeczywistą chlubę kraju, a zarazem odświeżyć swoje wiadomości w chirurgii, zawsze naprzód postępującej.

A więc do miłego i bardzo licznego widzenia się w dniu 16. i 17. b. m.

Prof. Rydygier,
przewodniczący Zjazdów chirurgów polskich.

W dalszym ciągu zapowiedzieli następujące wykłady:

Dr. Wehr (ze Lwowa): Przypadek ropnia w płacie czołowym mózgu; trepanacya.

Tenże: Sprawozdanie z dotychczasowych badań nad własnościami antyseptycznemi formaldehidu.

Docent Dr. Rosner (z Krakowa): Kilka słów o technice wyjmowania macicy przez pochwę.

— Rokowania z prof. Gałęzowskim o objęcie katedry okulistyki w Uniwersytecie Jagiellońskim nie doprowadziły do pożądanego rezultatu; pokazało się bowiem, iż Szan. profesor ma w Paryżu obowiązki nie dające się w żaden sposób pogodzić pod względem czasu z czynnościami profesora w Krakowie, gdyby wykłady odbywały się nawet tylko w półroczu zimowem i z przerwami ze zwyczaju i ustawy wynikającemi. Uznał to sam prof. Gałęzowski, między innemi i w swem piśmie do młodzieży uniwersyteckiej, która wysłała do niego adres z okazyi rozpoczęcia z nim rokowań o objęcie katedry okulistyki. Skutkiem tego postanowił Wydział lekarski jednomyślnie i wyłącznie przedstawić Wys. Ministerstwu oświaty prof. Dra Bolesława Wicherkiewicza w Poznaniu na profesora okulistyki w Uniw. Jagiell.

— Ostatni (z Maja r. b.) zeszyt paryzkiego *Recueil d' Ophtalmologie* zawiera sympatycznie napisany nekrolog ś. p. prof. Rydla.

— Na ostatniem posiedzeniu komitetu higieny ludowej w Warszawie poruszył Dr. Celnarowicz myśl utworzenia ruchomych oddziałów okulistycznych, na których czele staliby lekarze okuliści. Celem takich oddziałów byłoby odbywanie systematyczne wycieczek po kraju, badanie wzroku ludności po miasteczkach i wsiach i udzielanie chorym na oczy porady lekarskiej a nawet wykonywanie, o ileby się dało, operacyj. Myśl tę uznali obecni na posiedzeniu lekarze za bardzo pożyteczną, my zaś dodamy od siebie, iż takie ruchome kolumny okulistyczne działają już od pewnej liczby lat w głębi Rosyi i rozwijają bardzo zbawienną czynność, osobliwie w okolicach, gdzie lekarzy zajmujących się praktyką lekarską ogólną mało a okulistyczną jeszcze mniej. Zważywszy, iż zaniedbanie chorób oczu prowadzi nader często do utraty wzroku i co zatem idzie, niezdolności do pracy, skutkiem czego oślepli są potem ciężarem rodzin i gmin, do których należą, sądzimy, że myśl utworzenia owych ruchomych oddziałów okulistycznych zasługuje na poparcie nie tylko ze względów najważniejszych, t. j. humanitarnych, ale i ekonomicznych; przeprowadzenie zaś jej praktyczne nie tylko nie przedstawia wielkich trudności, ale przyczynić się może do wyrobienia całego szeregu wprawnych w leczeniu chorób ocznych lekarzy.

— Komitet wystawy higienicznej, mającej odbywać się w roku przyszłym w Warszawie od 15. Maja do 15. Lipca składają: prezes: prof. Dr. Włodzimierz Brodowski, wiceprezesi: Dr. Edward Przewoski i Dr. Piotr Troicki, Alfons Grotowski i Kajetan Mościcki. sekretarz główny: Józef Polak, kasyer: Ferdynand Więckowski, zarządzający kancelaryą wystawy: Władysław Ślaski.

— Temi dniami otrzymaliśmy Album Ojcowa mieszczące w sobie prócz dokładnej informacyi dla osób jadących do tego miejsca 16 widoków najpiękniejszych punktów tej nowej stacyi hidropatycznej i klimatycznej. Niezwykła staranność wydania jak i piękność rycin powinny zjednać dla tego albumu miejsce na stole w pokoju poczekalnym u lekarzy praktycznych a być miłą pamiątką dla turystów i chorych szukających pomocy w rzeczonej miejscowości.

— W tych dniach wykryto w Kaliszu w rzeźni włośnie (trychiny) u jednej sztuki trzody chlewnej.

— W roku 1894. leczono w instytucie Pasteurowskim w Paryżu 1392 osób pokąsanych przez zwierzęta wściekłe lub o wściekliznę podejrzane. Z tych 1392 osób umarło 12, między niemi 5, u których pierwsze objawy wścieklizny wystąpiły przed 15. dniem po ostatniem szczepieniu; odjąć je przeto należy od ogólnej liczby leczonych a w takim razie na 1387 szczepionych przypada 7 przypadków śmierci czyli 0·50%.

Z tych 1387 osób przypada 166 na osoby pokąsane przez zwierzęta, u których przekonano się o wściekliźnie przez rozwinięcie się wścieklizny u zwierząt przez nie pokąsanych lub szczepionych ich rdzeniem przedłużonym, 798 na osoby pokąsane przez zwierzęta, u których przez autopsyą wykazano wściekliznę i 423 na osoby pokąsane przez zwierzęta o wściekliznę podejrzane. Umarło z pierwszych: 1 czyli 0·60%, z drugich 4 czyli 0·50%, z trzecich 2 czyli 0·47%. Na 13.817 osób leczonych dotychczas, przypada ukąszonych w głowę 1347 z 17 przypadkami (1·26%) śmierci, w ręce 8722 z 46 (0·76%) przypadkami śmierci i w kończyny 5748 z 16 przypadkami (0·28%) śmierci.

Z leczonych w roku 1894. przypada 1161 na Francyą, 128 na Anglią, 16 na Belgią, 1 na Egipt. po 26 na Hiszpanią i Grecyą, 2 na Holandyą, 19 na Indye angielskie, 1 na Rosyą, 7 na Turcyą.

— Wydawany przez długie lata przez J. S. Billingsa wspaniały *Index medicus* przestał wychodzić z braku poparcia materyalnego przez ogół lekarski; jest to wielka strata dla piśmiennictwa zawodowego.

— Berlińskie Towarzystwo laryngologiczne postanowiło przystąpić do uchwał Towarzystwa anatomicznego na zgromadzeniu jego w Bazylei w roku bieżącym zapadłych (porówn. wyciąg z artykułu prof. Bardelebena w niniejszym numerze *Przeglądu lekarskiego* umieszczony) i przyjąć jego słownictwo anatomiczne.

— We francuskiej Izbie deputowanych zasiada teraz 58, w Senacie zaś 37 lekarzy.

— W *Association of American Physicians* przytoczył A. Jacobi przypadek, w którym u robotnika cierpiącego na histeryą po ciężkiem zranieniu przez maszynę obok utraty przytomności i szybkiego oddechu a prawidłowego tętna temperatura ciała doszła do 65° C. i utrzy-

nywała się jeszcze przez 5 dni następnych w wysokości 50° C. W dyskusyi nad tym przypadkiem nadmienił Welch, iż widział przypadek z temperaturą 77° C.!

— Staraniem apteki P. Karpińskiego w Warszawie wyszedł Przewodnik informacyjny dla szukających porady lekarskiej w Warszawie. Jestto książka o 139 stronnicach, podzielona na 4 działy: w pierwszym mieszczą się adresy lekarzy praktykujących w Warszawie, w drugim spis lekarzy z uwzględnieniem specyalności i godzin przyjęcia, w trzecim spis lecznic dla chorych przychodnich i prywatnych domów zdrowia, wreszcie w czwartym wymienione są ważniejsze miejscowości kuracyjne, krajowe i zagraniczne oraz skazówki co do wyboru drogi i kosztów przejazdu.

— **Konkurs** na posadę I. asystenta przy katedrze anatomii opisowej w Uniw. Jagiell. Płaca roczna 600 złr. Podania do kancelaryi Wydziału lekarskiego do 17. Lipca 1895.

— **Konkurs** na posadę II. asystenta przy katedrze fizyologii w Uniw. Jagiell. Płaca roczna 600 złr. Podania do kancelaryi Wydziału lekarskiego do 17. Lipca 1895.

— **Posada** sekundaryusza przy szpitalu w Drohobyczu z pensyą 300 złr. i 50 złr. dodatku na fiakra. Podania do 31. Lipca b. r. do Magistratu drohobyckiego.

— **Posada** lekarza miejskiego w Brzostku w powiecie pilzneńskim. Pensya roczna 360 złr. Podania do 15. Lipca b. r. do miejscowego naczelnika gminy.

— **Nekrologia.** W Warszawie zmarli: w dniu 8. b. m. po długiej chorobie w 63. roku życia Dr. **Józef Stummer**; w dniu 9. b. m. Dr. **Antoni Tymiński** w 59. roku życia.

— **Artykuły oryginalne** mieszczące się w polskich pismach peryodycznych lekarskich. W *Gazecie lekarskiej* Nrze 27. E. Flatau: Nauka o neuronach. A. Malinowski: Leczenie chorych na błonicę surowicą. — W *Medycynie* Nrze 27. L. Rydygier: O leczeniu wgłobień jelitowych. S. Orłowski: Przypadek padaczki częściowej ciągłej (ciąg dalszy). — W *Kronice lekarskiej* Zeszycie czerwcowym: J. Sędziak: Niezwykły przypadek przymiotu migdałków, w Nrze z 1. Lipca b. r. J. Steinhaus i A. Szpanbok: Przypadek jednoczesnego wystąpienia moczówki (*diabetes insipidus*) i skroniowej ślepoty połowiczej (*hemianopsia bitemporalis*). — W *Zdrowiu* Zeszycie czerwcowym. J. Polak: O winie i przemyśle winnym w Warszawie. P. Troicki: Nowa lecznica Towarzystwa Czerwonego krzyża w Warszawie. A. Podolski: Higieniczny stan powiatu węgrowskiego gubernii siedleckiej.

— **Od Administracyi:** Dr. Stawowski z Krzeszowic przesłał 2 złr. na tablicę pamiątkową dla ś. p. prof. Rydla.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.